

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na ESF Frutilândia II, Assú / RN**

Yaneisy Leon Cobas

Pelotas, 2015

Yaneisy Leon Cobas

**Melhoria da Atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus na ESF Frutilandia II, Assú / RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade à Distância – UnaSUS/UFPel, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Mateus Casanova dos Santos

Co-orientadora: Amanda Ramalho Silva

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

C652m Cobas, Yaneisy León

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Frutilandia Ii, Assú/RN / Yaneisy León Cobas; Mateus Casanova dos Santos, orientador(a); Amanda Ramalho Silva, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

104 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Santos, Mateus Casanova dos, orient. II. Silva, Amanda Ramalho, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esse Trabalho a minha mãe e minha filha por o apoio, compreensão e pelas forças que sempre me dão para continuar e realizar o trabalho com qualidade e dedicação.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus pela força que me oferece para a realização deste trabalho.

A minha maravilhosa família pelo apoio na distância.

A equipe de trabalho da unidade básica de saúde.

A minha co-orientadora Amanda Ramalho Silva e ao orientador Mateus Casanova dos Santos, pela dedicação e apoio constante.

Lista de Figuras

Figura 1	Proporção de Hipertensos cadastrados na ESF Frutilandia II, 2015	61
Figura 2	Proporção de Diabéticos cadastrados na ESF Frutilandia II, 2015	62
Figura 3	Proporção de Hipertensos com exame clínico em dia na ESF Frutilandia II, 2015	63
Figura 4	Proporção de Diabéticos com exame clínico em dia na ESF Frutilandia II, 2015	64
Figura 5	Proporção de Hipertensos com exames complementares em dia na ESF Frutilandia II, 2015	65
Figura 6	Proporção de Diabéticos com exames complementares em dia na ESF Frutilandia II, 2015	66
Figura 7	Proporção de Hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na ESF Frutilandia II, 2015	67
Figura 8	Proporção de Diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na ESF Frutilandia II, 2015	68
Figura 9	Proporção de Hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Frutilandia II, 2015	69
Figura 10	Proporção de Diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Frutilandia II, 2015	70
Figura 11	Proporção de Hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na ESF Frutilandia II, 2015	71
Figura 12	Proporção de Diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na ESF Frutilandia II, 2015	72
Figura 13	Proporção de Hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Frutilandia II, 2015	73
Figura 14	Proporção de Diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Frutilandia II, 2015	74
Figura 15	Proporção de Hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Frutilandia II, 2015	75

Figura 16	Proporção de Diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Frutilandia II, 2015	76
Figura 17	Proporção de Diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo na ESF Frutilandia II, 2015	79

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DCNT	Doença Crônica Não-Transmissível
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Educação à Distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Grupo de Hipertensos e Diabéticos
HPV	Papilomavírus Humano
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	25
2 Análise Estratégica	26
2.1 Justificativa.....	26
2.2 Objetivos e metas.....	27
2.2.1 Objetivo geral.....	27
2.2.2 Objetivos específicos e metas	27
2.3 Metodologia.....	29
2.3.1 Detalhamento das ações	30
2.3.2 Indicadores	41
2.3.3 Logística.....	47
2.3.4 Cronograma	52
3 Relatório da Intervenção.....	53
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	53
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	57
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	57
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	58
4 Avaliação da intervenção.....	59
4.1 Resultados	59
4.2 Discussão.....	81
5 Relatório da intervenção para gestores	84
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	87
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	89
Referências	91
Apêndices.....	92
Anexos	97

Resumo

COBAS, Yaneisy Leon. **Melhoria da Atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus na ESF Frutilândia II, Assú / RN.** 2015. 102f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O presente trabalho de conclusão de curso caracteriza-se como a apresentação de uma intervenção em Atenção Primária à Saúde na Estratégia em Saúde da Família no contexto particular da ESF Frutilândia II, no município de Assú, RN, Brasil. A intervenção se desenvolveu em dezesseis semanas, entre meses fevereiro e maio de 2015, teve como objetivo melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial e/ou *Diabetes Mellitus*, dentro das proposições do Ministério da Saúde, apoiados nos Protocolos sobre HAS e DM e por meio do curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas dentro dos eixos temáticos de qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação e organização da gestão do serviço. Decidimos fazer esta intervenção devido a deficiências na organização, monitoramento e avaliação, registros e cobertura estarem deficientes, necessitando melhorar a qualidade da assistência. Antes de começar a intervenção tínhamos acompanhados na unidade 185 hipertensos (32,5%) e 138 diabéticos (77,09%). Com a intervenção, o indicador de cobertura de hipertensos atingiu 54,4% (309), e a cobertura de usuários diabéticos alcançou os 100% (188). No caso da realização dos exames complementares em dia alcançamos 78,6% (243) hipertensos e 83% (156) no caso dos diabéticos, a proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento ficou em 95,5% e 97,9%(184) em diabéticos. A proporção de usuários com prescrição de medicamentos da farmácia popular ficou em um 92% para diabéticos e 94,2% para os hipertensos, a proporção de usuários com o exame clínico de acordo com o protocolo ficou em 90% para os hipertensos e 84,6% os diabéticos, a estratificação do risco cardiovascular foi realizada a 258 hipertensos (83,5%) e 143(76,1 %) diabéticos. Nos demais indicadores alcançamos os 100%. A intervenção para a comunidade foi ótima, pois muitos usuários puderam ter os conhecimentos sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, características, complicações e prevenção das duas doenças, conheceram os direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via. O vínculo entre profissionais – usuários – família foi maior. A ESF teve uma organização mais detalhada dos diferentes arquivos de atendimento dos usuários, assim como maior qualidade do acolhimento e otimização da agenda para a atenção. A intervenção exigiu uma maior preparação para todos os trabalhadores da unidade e promoveu o trabalho em equipe.

Palavras-chave: saúde da família; atenção primária à saúde; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão arterial.

Apresentação

O presente volume apresenta um trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade à Distância, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS), apresenta o relato da realização de uma intervenção voltado a qualificar a atenção aos usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na Estratégia Saúde da Família (ESF) Frutilandia II, Assú / RN.

O texto está organizado em momentos, dentro da sequência de trabalho proposta pelo Curso em Unidades de Aprendizagem conforme demonstrado a seguir: passamos pela a análise situacional produzida na Unidade 1. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica, traduzida no projeto de intervenção elaborado ao longo da Unidade 2. A terceira parte traz o relatório da intervenção realizada durante 16 semanas, correspondente ao processo vivenciado na unidade 3 do curso. Na quarta parte encontra-se o material produzido na 4ª unidade do curso, compreendendo a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde. Ao término da intervenção fizemos relatório a gestora e a comunidade e uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Como elementos referenciais ao final do volume, há as referências, anexos e os apêndices ou seja, os instrumentos utilizados durante a realização do trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

O município de Assú está localizado no estado Rio Grande do Norte, na Mesorregião do Oeste Potiguar e Microrregião do Vale do Açu. A população total do município é de 53.245 habitantes, de acordo com o senso do IBGE (2010). Porém desse total, 39.369 vive na cidade (área urbana) e o restante (13.876) nas comunidades rurais. Sua área é de 1.269,24 km² representando 2,40% do estado, 0,08% da região e 0,01% de todo o território brasileiro.

A cidade conta com um hospital público estadual, o Hospital Regional Dr. Nelson Inácio, tem 1 pronto atendimento, 1 centro clínico, conta com o programa melhor em casa, o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), um centro de especialidades odontológicas (CEO) um centro de reabilitação, uma maternidade que é privada mas tem convenio com a prefeitura pelo SUS, além do laboratório do centro clínico tem 4 laboratórios privados que também tem convenio com o Sistema Único de Saúde (SUS), tem um centro privado de imagiologia que também tem convenio, 12 pontos odontológicos e 16 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 10 na zona urbana e 6 na rural.

Ademais, não se dispõem de todas as especialidades para fazer Interconsultas, exemplo: não temos angiologia, dermatologia, endocrinologia, só temos cirurgia que fazem pequenas cirurgias e as grandes tem que encaminhar, tem que levar marcação no centro clínico para serem feitas na capital do estado ou outro município (Mossoró), sendo a marcação das consultas por conta própria do paciente e demorando muito tempo para serem realizadas, cardiologista, ortopedista, psiquiatria, oftalmologista, pediatria, e só um de cada para muita população o que tem como consequência que o tempo para fazer a avaliação seja muito demorado, em ocasiões mais de 3 meses.

Com relação aos exames complementares são feitos no laboratório do centro clínico e outros laboratórios privados que tem convenio exemplo exames de hematologia geral, química sanguínea, parasitologia, urina. Além disso, são feitos exame de radiologia, ultrassonografia e eletrocardiograma, os que também demoram muito tempo em serem realizados.

Por não contar com Laboratório na unidade, só no hospital, temos muita demora em fazer, o que provoca a insatisfação da população, porque a demanda dos exames é muita, quem mais sofrem são as gestantes que precisam dos exames para um rápido diagnostico, bom seguimento e tratamento oportuno das doenças.

Também, encontramos dificuldade para marcar consultas que são feitas pelo SUS fora do município, além disso, pela falta de um laboratório para exames de média e alta complexidade demoram muito para ser feitos o que pode trazer como consequência além da insatisfação, a dificuldade no diagnóstico oportuno e rápido dos usuários.

As consultas de atendimento especializado é um tema polêmico no município pela demora, mesmo quando muitos destes encaminhamentos são de urgência, desconheço as vagas para o município, o sistema de marcação das consultas, e não existe em nenhum dos casos o fluxo de contra referência, o que dificulta o seguimento do usuário.

A ESF Frutilandia II, é urbana e foi construída para funcionar como UBS. Mesmo assim, não possui todas os requisitos de estrutura citadas no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, as salas que precisamos não tem para o desenvolvimento adequado do trabalho, tem dois turnos de atendimento nos quais se dá uma atenção de qualidade à população, esta unidade tem só uma equipe de saúde, com um total de 14 integrantes.

Tem um total de população de 3900 indivíduos, 1905 são do sexo masculino e 1995 do sexo feminino. Há 35 crianças menores de um ano e 29 gestantes; na faixa etária menor de 20 anos há 1575 pessoas, de 20 -59 encontra-se 1966 e maior de 60 anos há 359, o que não se distancia aos dados da lista de estimativas no Caderno de Ações Programáticas (CAP), pois ainda falta população por cadastrar.

Resumindo, a ESF não tem a estrutura preconizada pelo Ministério da Saúde. Realmente isto provoca insatisfação da população, pois, às vezes, não se pode resolver todos seus problemas na unidade, pois não sempre está em nossas mãos e há que tomar estratégias e convencer aos usuários que nos visitam, pois

eles merecem uma atenção de qualidade para evitar queixas que começa pelo acolhimento.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Todo o processo de trabalho realizado no ingresso ao Programa Mais Médico para o Brasil, na minha situação, acontece na ESF Frutilândia II. Ela é urbana e foi construída para funcionar como UBS. Mesmo assim, não possui todas os requisitos de estrutura citadas no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, as salas que precisamos não tem para o desenvolvimento adequado do trabalho.

Esta ESF funciona há 6 anos e tem dois turnos de atendimento nos quais se dá uma atenção de qualidade à população, os finais de semana não se oferece atendimento. Por isso, se orienta a população em caso de ficar doente, que devem ir para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para receber atenção médica de urgência, tem sua área geográfica de abrangência definida. De certa forma, isto ajuda a ter melhor conhecimento da situação de saúde da população.

Há também o mapa da área atualizado, pois se caracteriza por ser uma unidade de saúde da família. A última vez que foi feito o cadastro da população foi no ano de 2013. Atualmente, estamos trabalhando para atualizar esse cadastro. Até agora só foi cadastrado 80% da população. Trabalharemos muito para tratar de cadastrar os 100% da população da área de abrangência. Esta unidade tem só uma equipe de saúde, com um total de 14 integrantes, sendo um médico geral integral; uma enfermeira; uma auxiliar de limpeza; quatro técnicas de enfermagem; cinco agentes comunitários de saúde (ACS), um dentista e uma técnica de odontologia. A equipe também recebe de forma contínua apoio do NASF.

A recepção fica junto com a sala de espera, que aguardam as diferentes consultas, ou seja, médico, enfermeira, dentista, a recepção é muito pequena para manter todos os usuários juntos, independente da consulta. Por tanto, fica difícil o trânsito de usuários e pessoal trabalhador naqueles dias de maior fluxo de pessoal, sendo que é muito tumultuado. Soma-se a isto, a dificuldade de não contar com

banheiros que sejam de uso para usuários em cadeiras de rodas e com alguma limitação física.

Quanto à sala de esterilização, essa atividade realiza-se em outra unidade fora do Serviço. Não há sala de prontuários, eles ficam na sala de espera e cumprem com os requisitos, mas faltam ainda estantes para organizar os prontuários agregados novos e a instalação futura do prontuário eletrônico. Não existe sala de vacina, a técnica de enfermagem utiliza o consultório médico no dia que não trabalha, ou melhor, que não é utilizado para consultas. Por isso, o dia de vacinação é na sexta-feira. Não tem sala de reuniões, nem sala para os ACS, pelo que é necessário acabar os horários de expediente para realizar qualquer outra atividade.

A sala de procedimentos e de nebulização forma parte do mesmo espaço, pouco iluminada e não tem ventilação, o que, às vezes, proporciona a violação de medidas higiênico-sanitárias que conhecemos todos os que fazemos saúde. Os equipamentos mais importantes, como antropômetro para adultos, antropômetro para crianças, balança de adulto, balança infantil, glicômetro, nebulizador, esfigmomanômetros, todos estão em boas condições. Não há negatoscópio, o qual é uma dificuldade muito grande para analisar os exames de imagem. No caso dos instrumentos não estão em quantidade suficientes, mas os que existem em uso, estão em ótimas condições.

O tamanho da equipe com relação à área de abrangência deveria se avaliar e seguem a realidade da população, considerando não mais da cifra de habitantes estabelecidas. Para

Há que destacar que nos últimos meses aumentou a quantidade e a qualidade das consultas, pois anteriormente as maiorias dos usuários não tinham nenhuma consulta por médicos, só pela enfermeira. O tempo que levou trabalhando aumento o número de gestantes e menores de 1 ano que recebem atendimento, assim como a captação precoce das grávidas e nas consultas dos recém nascido no primeiro mês.

Há que destacar que mesmo trabalhando numa unidade que estruturalmente não tem nada a ver com a descrita pelo Ministério da Saúde, atendemos algumas urgências, mas não se conta com todos os medicamentos de importância no tratamento destes casos. Uma grande inquietude e preocupação para todos é que em coações falta o médico plantonista no único hospital que temos. Como

estratégia, fiz um pedido de alguns medicamentos para caso de uma urgência poder prestar os primeiros auxílios.

A respeito ao processo de acolhimento, o mesmo é levado por todos os membros da equipe, mas não é feito com qualidade requerida, pois não há um local adequado. O mesmo realiza-se principalmente na mesma sala de espera. Além disto, outros fatores que influenciam na qualidade do acolhimento é a carga assistencial e de trabalho e os excessos de demanda espontânea. Quando chegam os usuários, são escutados e de acordo com as necessidades, se faz uma avaliação e classificação do risco biológico e vulnerabilidade social. Se a resolução do problema está ao alcance, se resolve, orienta-se e, se é necessário, encaminha-se.

Em relação às atribuições das ações desenvolvidas pelos membros da equipe, é muito importante que os profissionais da saúde tenham conhecimento das atribuições do local de atendimento e com as famílias que tem em seu Serviço. Também, se desenvolvem na identificação de grupos e famílias expostos a riscos: na identificação de pessoas com hipertensão arterial, diabetes mellitus, tuberculose, leishmaniose, hanseníase, além de outros agravos, tais como parasitismo intestinal, entre outras moléstias.

Com respeito aos cuidados domiciliares, posso dizer que realizamos os cuidados domiciliares planejados a partir do levantamento dos usuários necessitados e identificados, geralmente, pelos ACS. Neste processo, ainda não se conta com os recursos disponíveis para levar a cabo tudo. Isso permite aludir que as principais limitações que tínhamos no trabalho eram a pouca participação da comunidade pela falta de liderança local, de organizações e de responsabilizações aos usuários por parte da equipe, pois sendo esta uma dificuldade com nível de resolução, isto nos afeta. E, aproveito para dizer que esses temas são os pontos tratados nas reuniões, pois já se está realizando mensalmente o planejamento das atividades que foi um dos primeiros passos traçados e já se conseguiu sua aplicabilidade prática. Assim sendo, houve aumento do número de participantes nas atividades de grupo com um melhor trabalho e ajuda dos ACS. Nestas reuniões mensais da equipe se capacita a pessoa que, geralmente, é a que realiza o acolhimento. Por vezes, a técnica de enfermagem tem a função de recepcionista, pois ela tem que estar bem informada das atividades da unidade básica e ter bom conhecimento sobre que é uma urgência e/ou emergência.

De forma geral, todos os trabalhadores estão bem informados de todos os procedimentos das unidades, entre eles: atendimento de consulta médica, de enfermagem, imunizações, marcações de consultas especializadas, exames, etc.. Cabe destacar que nestes momentos já há odontologista, o que facilita que o usuário seja atendido de forma integral no próprio Serviço.

Com relação a atenção à Saúde da Criança, podemos dizer que a puericultura tem uma importância grande, pois avaliamos o desenvolvimento da criança desde o ponto de vista psicomotor, o crescimento, o peso, assim como as taxas nutricionais das mesmas. Também, indicamos orientações às mães e família em geral para que seu desenvolvimento seja o melhor possível. Neste sentido, conta com um total de 35 crianças menores de um ano (das 57 que deve ter a área por abrangência), o que representa 61,4% do estimado. Há que destacar que nos últimos meses aumentou o número de crianças que assistem às consultas com o trabalho unido de todos os trabalhadores da Unidade de Saúde.

Os índices de qualidade são bons, sendo que 94% das crianças tem vacinação em dia. Não está em 100%, pois existem duas crianças com doenças infecciosas que impedem a vacinação em dia e agora tem o esquema atrasado. O teste do pezinho até o sétimo dia está em 100%, pois as crianças, ao sair dos hospitais, tem realizado o teste. A primeira consulta até o sétimo dia só tem 14, o que representa 40% neste indicador de qualidade. A causa é que anteriormente como só era a enfermagem que fazia as consultas, ela realizava a visita no domicílio nos primeiros dias e só assistiam na consulta ao mês. Isto é uma cifra que cada dia vai melhorando, mas pelas características da área se torna muito difícil para que algumas puérperas assistam com as crianças na primeira semana. Independentemente de ter uma boa assistência delas nos primeiros sete dias, não se faz a triagem auditiva na unidade. Assim mesmo, 60% das crianças tem a triagem feita.

A equipe de saúde planeja atividades com as famílias. Educamos sobre a importância dos testes. Há 27 crianças, que representa o 77% que tem suas consultas de acordo com o protocolo. As outras oito moram em áreas distantes, o que tem como consequência que, em certas ocasiões, seus pais não assistirem às consultas programadas, mas nós realizamos visitas domiciliares a elas. Os outros indicadores da qualidade de Saúde da Criança estão em 100% (monitoramento de

crescimento e desenvolvimento, prevenção de acidentes e orientações de aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e complementado até os dois anos).

No nosso Serviço, não contamos com os protocolos de Puericultura, o que impede, em determinadas circunstâncias, fazer um melhor trabalho e acompanhamento das crianças. Mas, já temos conhecimentos do seguimento e damos orientações à enfermeira e eu aos ACS para conseguirmos melhores resultados. Além disto, temos classificado as crianças de alto risco e tem um seguimento diferenciado para evitar morbimortalidades. Para isto, contamos com diversos recursos para realizar as consultas (fitas para fazer as mensurações, básculas, prontuários, vacinação, as cadernetas das crianças) e temos um arquivo onde se recompilam todas as informações de nossas crianças para realmente conhecermos as virtudes e dificuldades e ter um maior controle deles.

A cada dia o trabalho em equipe fortalece-se e mais os resultados são melhores. Existem dificuldades que impedem a excelência, em outras ocasiões e como é tratado nos outros temas, como são: problemas com o agendamento das consultas a outras especialidades, neste caso pediatria, demoram muito tempo; em ocasiões realiza-se encaminhamento para internamento por doenças que no domicílio podem-se complicar, mas não se realiza por uma causa ou por outra.

Como equipe de trabalho temos como estratégias fazer internação em sua casa e o ACS realiza visita diária para verificação do tratamento e vigilância de complicações. E, qualquer problema, eu vou a visitá-lo e a enfermeira. Em todas as visitas do supervisor e nas reuniões com a Secretaria de Saúde e a responsável das ESF desenvolvemos diálogos sobre a solução dos problemas que não pode-se resolver na Unidade.

Em relação à atenção pré-natal e puerpério os profissionais da saúde unidos trabalham fortemente e realizam um bom atendimento a este programa com o objetivo de melhorar os índices de mortalidade e mobilidade materna infantil que ainda são muitos altos no Brasil. Nestes momentos há 29 gestantes que realizam acompanhamento. Delas, 23 iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, na primeira consulta realiza-se solicitação dos exames laboratoriais, atualiza-se o cartão de vacinação com antitetânica e hepatite B conforme protocolo. A todas se prescreve sulfato ferroso para prevenção da anemia, encaminha-se para avaliação odontológica, explica-se importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses entre outras orientações sobre promoção em saúde.

Nos últimos 12 meses registrou-se um total de 35 partos e todas as mães realizaram consulta puerperal antes dos 42 dias. Nestas práticas clínicas, se faz um exame físico completo incluindo mamas, abdômen, lóquios, pulsos periféricos em busca de sinais de alarme para evitar complicações. Nesta etapa importante da mulher, o que representa só 61% da cobertura total, a mortalidade infantil e materna durante neste período de tempo ficou em 0%, mostrando a qualidade da atenção pré-natal. Nas consultas de puerpério todas as puérperas receberam orientações sobre planejamento familiar, métodos anticoncepcionais, importância do aleitamento materno, cuidados do recém-nascido para evitar acidentes no domicílio.

Na Unidade de Saúde, a atenção pré-natal é ofertada de maneira integral, como um todo, para acolher com dignidade a gestante e o recém-nascido. Esse atendimento é feito por todos os integrantes da equipe de saúde (médico, enfermeiro, odontólogo e ACS), cada um fazendo o trabalho no acolhimento e acompanhamento periódico dos mesmos.

Faz-se promoção e prevenção de saúde, além de avaliar os riscos que podem aparecer ou ter as gestantes ou recém-nascidos, e diagnosticar de maneira precoce as doenças para um tratamento acertado e diminuir as complicações e a morbimortalidade.

Cada gestante tem uma carteira, seu prontuário, fichas odontológicas e fichas de vacinação, onde se preenchem todos seus dados, exames, fatores de risco, consultas, entre outras coisas, o que permite um melhor controle, no município conta com um cadastramento da gestante no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (Sisprenatal).

A Unidade de Saúde tem um grupo de gestante em que se orienta atividades educativas de promoção e prevenção de saúde (importância do pré-natal, vacinação, amamentação, periodicidade das consultas, realmente sejam humanizados no atendimento), além de realizar visitas domiciliares periódicas a todas as gestantes, puérperas e recém-nascidos, para acompanhar o processo de aleitamento materno e orientar a mulher e companheiro sobre o planejamento familiar; também procurando as faltosas para o melhor controle e seguimento das mesmas, enfatizando na importância de fazer o pré-natal.

Apesar de ter um passo de avanço na qualidade da atenção pré-natal, no acompanhamento do recém-nascido e puerpério ainda existem problemas para conseguir ótimos resultados, pois há coisas que não estão nas mãos da equipe para

a resolatividade, isto é, que dependem da atenção secundária e de outras pessoas. Em certa medida, isto dificulta o trabalho, por exemplo, a demora na realização dos exames, ultrassonografias, ausência de interconsultas com outras especialidades nas gestantes com doenças associadas na gestação: como endocrinologista, cardiologista, e outras especialidades. Embora se coloque urgente na indicação para que este acompanhamento especializado ser mais rápido, os resultados demoram muito e em ocasiões chegam ao parto sem que se realiza.

Outro problema acontece quando é necessário internar uma gestante e muito difícil. Os temas já mencionados são analisados nas reuniões da equipe, nas visitas do supervisor falamos sobre estas problemáticas e também com a Secretaria de Saúde. Eles oferecem várias explicações, entre elas, que a demanda de pessoas é muito alta e tem pouco pessoal para cobrir as necessidades, sempre fazendo ênfase na importância de priorizar as gestantes para evitar as complicações tanto nela como no recém-nascido e, desta forma, poder melhorar ainda mais o acompanhamento às morbimortalidades.

Outra ação programática se dá área da Saúde da Mulher. É o rastreamento e monitoramento dos cânceres de colo de útero e de mama. É muito importante na atualidade pelo aumento cada dia mais no mundo é o câncer da mama, que é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo. Segundo dados da Sociedade Brasileira de Mastologia, cerca de uma a cada 12 mulheres terão um tumor nas mamas até os 90 anos de idade, e o câncer de colo de útero, também conhecido por câncer cervical, é uma doença de evolução lenta que acomete, sobretudo, mulheres acima dos 25 anos. O principal agente da enfermidade é papiloma vírus humano (HPV). Esta doença está entre as enfermidades que mais atingem as mulheres e levam a óbito no Brasil. A prevenção do câncer destas doenças precisa de toda a atenção e todo o trabalho da equipe em conjunto. Na Unidade de Saúde conta com 767 mulheres entre 25 – 64 anos residentes na área e acompanhadas, o que representa o 78%, segundo a cobertura do programa de controle de CA de colo de útero na área.

Das mulheres que estão registradas em 50% aproximadamente tem o exame citopatológico em dia, pois não se pode dar uma cifra real, já que muitas mulheres realizam os exames em clínicas particulares. Isto porque no SUS, geralmente, demora até 6 meses para chegar os resultados. O mesmo acontece com os dados de exames alterados, pois muitas mulheres não levam o resultado na

unidade. Até o momento tem registrados 14 exames alterados, referida pela enfermeira, pois todos os casos são antes de eu trabalhar no Serviço. Neste ano não há nenhum caso de citologia alterada.

A citologia oncótica se realiza só um dia na semana pela enfermeira de forma organizada. Os atendimentos das mulheres que realizam a coleta de exame citopatológico são registrados em o livro de registro e prontuário clínico. Existe um arquivo específico para o registro dos resultados dos exames coletados e se revisa todos os meses pela enfermeira e eu para verificar mulheres com atraso e para completude do registro.

Sobre a prevenção do câncer de mama pode-se dizer que há 77% de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área e acompanhadas para prevenção de câncer de mama, conforme informações sobre a cobertura do programa na área. Referente a mulheres com mamografia em dia, existe aproximadamente 38%, pois é muito difícil levar um controle, já que muitas mulheres fazem o exame particular. Isto porque pelo SUS demora até mais de um ano para fazer, o que trazem como consequência que não se pode dar um dado específico deste programa e que as pessoas com baixo nível econômico não podem realizar a mamografia com a periodicidade estabelecida. Assim, realizamos ações de rastreamento do câncer de mama por meio do exame clínico a todas as mulheres que assistem a consulta e que indicação de mamografia a partir dos 50 anos de idade. Estes elementos se realizam todos os dias.

A tarefa dos profissionais da saúde na Atenção Primária e promoção e prevenção de saúde, no caso do câncer de mama, está relacionada com as orientações sobre controle dos fatores de risco reconhecidos. Neste sentido, se envolvem investigações sobre os fatores hereditários e os associados ao ciclo reprodutivo da mulher que, apesar de não ser passível à mudança, é bom seu conhecimento. Também, se trata nas palestras os fatores relacionados ao estilo de vida, como obesidade, pós-menopausa, sedentarismo, consumo excessivo de álcool e terapia de reposição hormonal, que são modificáveis, pois estima-se que por meio da alimentação, nutrição e atividade física é possível reduzir em até 28% o risco de a mulher desenvolver câncer de mama. Nesta direção, damos orientações de como fazer e a importância que tem o autoexame de mama em busca de alterações para a prevenção precoce desta doença.

Atualmente, no Brasil, os altos índices de incidência e mortalidade de câncer de colo de útero e mama, justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento adequado e cuidados paliativos necessários, por tanto, são fundamentais a elaboração e a implementação de políticas de saúde na atenção básica, enfatizando na atenção integral de saúde da mulher.

Uma saúde mais humana, de alto grau de comprometimento e conhecimentos, que abarquem a todos os profissionais da saúde básica e a população alvo ou de risco para garantir ações relacionadas ao controle dos cânceres de colo de útero e mama quanto para obter um melhor acompanhamento e seguimento longitudinal das pacientes, mesmo quando elas precisem de um serviço especializado, participando na definição de fluxos e necessidades da população alvo, para que dessa forma obtenham um maior controle das doenças com uma atenção de excelência, mais humanizada e com uma alta qualidade.

Porém, para obter essas metas o governo do Estado e do município tem que aumentar a cobertura de mamografia para as mulheres entre 50 e 69 anos, ampliar a realização de preventivos nas mulheres de 25 até 64 anos e que os resultados cheguem mais cedo, pois demoram mais de seis meses para chegar.

A equipe de Frutilandia II realiza um trabalho muito organizado, integral e humanizado nas doenças de mama e colo de útero (especificamente o câncer), além de seguir trabalhando para obter melhores indicadores e resultados no município para que o acompanhamento, seguimento e tratamento das usuárias, possam ser melhores.

Sobre o tema das Doenças Crônicas não-transmissíveis (DCNT), particularmente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), há que dizer que tem assumido importância cada vez maior no elenco de ações programáticas típicas da Atenção Básica em função da modificação da pirâmide populacional e do estilo de vida que levam estas doenças a condições epidêmicas na população brasileira.

A hipertensão é a mais frequente das DCNT e o principal fator de risco para complicações cardiovasculares como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. A prevalência do diabetes vem crescendo mundialmente, configurando-se atualmente como uma epidemia resultante, em grande parte, do envelhecimento da população. Com tudo, o

sedentarismo, a alimentação inadequada e aumento da obesidade também são responsáveis pela expansão global do diabetes. A HAS e a DM representam uma condição muito prevalente que piora a saúde de nossas comunidades, produzindo muitas complicações como: ataques cardíacos, insuficiência renal, cegueira pela retinopatia diabética, amputação e acidentes cérebro vasculares entre outras, além de conduzir a mortes relativamente prematuras. Por ter uma alta taxa de morbimortalidade e incapacidade, o rastreamento das mesmas tem que ser feito de uma maneira correta, com a periodicidade planejada, integral e multidisciplinar, para obter os resultados desejados e a menores quantidades de complicações das mesmas, para uma melhor qualidade de vida de nossa população (BRASIL, 2013a; 2013b).

Há que conhecer os fatores do risco pra poder trabalhar na prevenção destas doenças, classifica-se em não-modificáveis como: hereditariedade, a idade e a raça e os fatores de risco modificáveis, tais como sedentarismo, tabagismo, excesso de sal, ingestão de bebidas alcoólicas, a obesidade e o estresse.

Na ESF tem um total de 185 usuários com HAS residentes na área e acompanhados para um 32,5 % de cobertura do programa de atenção ao hipertenso. Aproximadamente 73% do total têm realizados a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico e 72% tem atraso das consultas agendadas.

As principais causas são que eles não têm costumes de assistir a consulta para seguimento, só assistem se sentem alguma coisa ou para pegar os medicamentos. Muitas vezes os familiares são os que vão a pegar o tratamento deles. Neste sentido, se está realizando um trabalho com os usuários mediante as palestras e orientações diárias com o objetivo de trocar estes costumes e começar que eles façam o acompanhamento por consulta de do programa para HAS e DM, pela importância que tem para prevenção das complicações. Desta população, 44% têm exames complementares em dia, influenciando negativamente na pouca cobertura para realizar os exames pelo SUS, já que demoram em marcar, são pessoas idosas que não tem condições para assistir uma e outra vez para conseguir marcar, alguns cidadãos vão fazer particular, mas são a minoria, visto que a população é de pessoas carentes. Nisto, 100% dos hipertensos recebem orientações sobre a prática de atividade física regular, sobre nutrição pra alimentação saudável e o mesmo acontece no caso das pessoas diabéticas, os que também recebem estas orientações. Ademais, 43 hipertensos tem a saúde bucal em

dia, pois não existia odontólogos e faz só três semanas que há. Ela está trabalhando com o objetivo de aumentar o número de atendimento nestes grupos priorizados.

No caso da Diabetes mellitus existe um total de 138 diabéticos, compreendendo 77,09% de cobertura. Destes, 50% dos diabéticos tem a estratificação do risco cardiovascular por critério clínico, 57% tem os exames complementares em dia por a mesma causa que já destacamos no caso da hipertensão. A todos os usuários atendidos na consulta e em nas visitas domiciliares realiza-se exame físico dos pés em busca de lesões e dos pulsos periféricos tibial posterior e pedioso para, desta forma, evitar complicações que podem ir desde a amputação de um membro até a morte do usuário. As consultas de hipertensos e diabéticos são feitas pela enfermagem nas segundas-feiras em ambos turnos, mas eu faço todos os dias da semana em turno integral.

Acreditamos que ambos indicadores de HAS e DM podem ser considerados de regulares, indicadores que podem melhorar a equipe de saúde para fazer um melhor rastreamento, seja nas consultas ou visitas domiciliares, e chegar a toda a totalidade da área, que conta com várias áreas descobertas. Há que destacar que nos últimos cinco meses há aumentado os casos novos diagnosticados de ambas doenças e também em conjunto se está começando a trocar os modos e estilos de vidas da população. Percebe-se alteração no tratamento a usuários que tinham doses mínimas dos medicamentos, tanto de hipertensão e diabetes, e sempre estavam descompensados. Agora, estão obtendo resultados satisfatórios, dados que no dia a dia vão melhorando.

É importante dizer que esses números correspondem aos atendimentos durante o ano e ainda ele não terminou. Acreditamos que os indicadores vão ser muito melhores no final do ano. Independentemente das dificuldades na ESF, percebidas em não ter protocolos, a equipe tem a informação bem organizada nos prontuários nos últimos meses, o registro do Programa de monitoramento à população-alvo, conhecido como Hiperdia, foi outra documentação que nos ajudou a coletar estas informações. Existe demora no retorno dos exames complementares feitos no hospital da rede pública. Todas estas dificuldades já foram dadas a conhecer para as autoridades de saúde no território.

As principais estratégias da equipe de saúde para o tratamento da HAS e DM estão no processo de educação por meio do qual a aquisição do conhecimento permitirá mudanças de comportamento tanto em relação às doenças quanto em

relação aos fatores de risco, Educação pressupõe construção de novos entendimentos a respeito do processo de saúde e de doença, assim como de mecanismos envolvidos na prevenção e no controle das situações de saúde já existentes, partindo sempre do conteúdo já alcançado pelo indivíduo.

Em relação à Saúde dos Idosos, destaca-se que o envelhecimento se define como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte. Se olharmos as estatísticas dos últimos anos no Brasil pode ser considerado um país envelhecido, Por isso, é muito importante prestar especial atenção a este grupo de usuários.

As pessoas maiores de 60 anos são muito vulneráveis a diferentes doenças como são as relacionadas com os ossos e por perdas de cálcio, doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão e diabetes, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares que, geralmente, causam incapacidades sejam motoras como sensoriais. As pessoas maiores de 60 anos são os que mais atendimento tem na unidade. Em geral, eles assistem a consultas programadas para controle de suas doenças e controle de peso corporal. Também tem atendimento de vacinas e odontologia.

Além disso, se faz atividades de promoção e prevenção a grupos de idosos onde se fala sobre prevenção de acidente, hábitos alimentares saudáveis, prevenção de fatores de riscos que podem agravar as doenças de bases, promoção de práticas de exercícios físicos para manter o peso corporal, entre outros temas. Mas as maiorias destas atividades acontecem no âmbito da unidade básica, por tanto há que aumentar as atividades nas comunidades, se podem fazer em igrejas já que há muitos pacientes desta idade que assistem a igrejas e se pode aproveitar esse espaço.

Realiza-se também atendimento de visita domiciliar a usuários, geralmente, idosos que não podem vir até a unidade. Além disso, existem algumas dificuldades como, por exemplo, na unidade não tem um protocolo de atendimento de pessoas idosas, não existe um profissional específico que se dedique à monitoração do atendimento de pessoas idosas, não existe um dia específico para o atendimento de idosos. Eles assistem todos os dias por consulta programada de doenças de base ou por atendimento espontâneo, mas os idosos que não tem doenças crônicas ou

agudas, não assistem a consultas de forma regular. Só quando precisam de algo. Isto constitui um problema que temos que resolver porque precisamente o objetivo da atenção primária à saúde é promoção e prevenção das doenças. Temos que começar que as pessoas sadias ou com risco assistam nas consultas para, desta forma, evitar que fiquem doentes.

De 422 pessoas maiores de 60 anos, segundo o CAP, temos cadastradas na UBS 359 aproximadamente, o que representa o 85%. Este número é uma estimativa aproximada, pois na população ainda tem pessoas sem cadastrar.

Olhando os indicadores não está muito mal, já que geralmente trata-se de chegar com as atividades educativas a todos os idosos. Assim, orienta-se sobre saúde bucal e investigação de indicadores de fragilidade. Estes dados estão em 100% dos idosos cadastrados.

Este trabalho de promoção e prevenção se faz dia a dia nas consultas, nas visitas, mas ainda há que almejar que os usuários vão às consultas de acompanhamento no dia e promover que todos tenham sua caderneta de pessoa idosa, pois aproximadamente 70% a tem e 55% dos usuários idosos tem realizada a avaliação multidimensional rápida. Agora, com as visitas ao domicílio, melhoraremos este indicador para com as pessoas que não podem assistir na unidade. Os 61% tem acompanhamento em dia, pois, como já falei, não todos assistem ao Serviço se não tivessem uma doença, 29% (103) são hipertensos e o 18% (63) tem diabetes e 57% tem investigação de indicadores de fragilização na velhice. A principal dificuldade está na avaliação de saúde bucal em dia, pois só 24% (86) havia odontologista, mas a profissional dentista está trabalhando com este programa para tratar de aumentar este indicador.

Um elemento muito importante é a capacitação dos profissionais que terão a função de cuidar da saúde dos idosos, pois, atualmente, há uma carência significativa de profissionais com essa habilitação. Evidências demonstram que o atendimento ao idoso de forma fragmentada, sem avaliação da sua funcionalidade e sem a compreensão das repercussões do envelhecimento nos processos saúde-doença repercute negativamente na sua saúde, entendida como “o maior bem estar bio-psico-social, e não simplesmente a ausência de doenças”.

A equipe de saúde está trabalhando em conjunto na autopreparação do pessoal para alcançar melhores resultados no seguimento dos usuários idosos para melhorar a qualidade de vida deles.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Em primeiro lugar nós fizemos uma análise geral da situação da unidade e do serviço de saúde da família que levamos com a equipe no município, onde falamos sobre as características estruturais da unidade e os serviços que realizamos nela. Agora, neste relatório, esses aspectos foram avaliados com maior profundidade com a obtenção de uma visão mais clara na minha área de saúde e provar que temos muito trabalho a fazer, muitos dos problemas que tínhamos ao princípio, uma grande quantidade foram resolvidos com a unidade da equipe. Com o único objetivo de “aportar nosso granito de areia” para melhorar o estado de saúde da população, trabalhar em equipe na promoção e prevenção de doenças, em caso dos usuários doentes evitar as complicações. E, nas pessoas descapacitadas, trabalhar na reabilitação para, desta forma, oferecer uma melhor qualidade de vida. Se compararmos o texto inicial com o relatório podemos dar-nos conta que nós avançamos em todos os aspectos, pois nós, como equipe, realizamos um plano de ação. Então, para ir melhorado cada dia mais, apesar de que há incrementado as cifras em quase todos os indicadores, tanto em quantidade como qualidade, ainda falta muito por fazer e para o próximo ano teremos um trabalho mais completo e mais organizado.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A escolha para intervir nas doenças crônicas não transmissíveis especificamente, sobre Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), por ser os principais problemas de saúde pública onde a intervenção será realizada. São doenças que tem uma alta incidência, alta morbimortalidade em todo o mundo, e aqui no Brasil, tem-se alta incidência e prevalência destas doenças, aumentando a demanda de paciente para consultas com profissionais da saúde.

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). A prevalência de DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. É estimado que o Brasil passe a 6ª posição, 11,3%, em 2030. Ainda, estas doenças lideram em complicações para a saúde, como cegueiras, amputações, doença renal, doenças cardíacas, vasculares.

A finalidade da ação programática da HAS e DM é fortalecer e qualificar a atenção às pessoas com essas doenças por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os níveis de atenção. (BRASIL, 2013; 2013b).

A UBS está em local adaptado, e não tem a estrutura para fazer um melhor atendimento e garantir conforto aos pacientes. Tem uma recepção, uma sala de curativos que não tem privacidade, pois não conta com porta, tem a cozinha, três consultórios médicos, 1 banheiro para trabalhadores e 1 para pacientes, não tem farmácia na sala de vacinação. Está formada por uma equipe de saúde, tem uma

população total de 3.900 pessoas registradas, pois ainda existem pessoas que não está cadastrada. Esta equipe está formada por 1 enfermeira, 4 técnicas em enfermagem, 5 agentes comunitários de saúde, 1 odontólogo e 1 técnico em odontologia e uma auxiliar da limpeza. A enfermagem faz consulta de diabéticos e hipertensos um dia por semana e o médico todos os dias, exceto as quartas-feiras na tarde que se faz visita e nas quintas-feiras, que é atenção pré-natal.

São 185 pacientes com HAS residentes na área e acompanhados, correspondendo a 32,5 % e 138 diabéticos o que representa 77,09% de cobertura de acordo ao programa de atenção ao hipertenso e ao diabético respetivamente. No caso dos pacientes com hipertensão, a dificuldade está no atraso das consultas agendadas em mais de 7 dias, aproximadamente 72% estão atrasados, já com a realização de exames periódicos, apenas 44% têm exames complementares em dia. Há atraso das consultas agendadas em mais de 7 dias em diabéticos e só 57% têm os exames complementares em dia.

Com a implementação desta intervenção, será possível garantir que a população adquira melhor conhecimento sobre estas doenças e as complicações. Além disso, será trabalhado fortemente para a melhorar da cobertura do programa, mais controle dos registros, capacitação necessária para atividades de promoção e diagnóstico precoce destas doenças. A principal dificuldade que poderá se ter é insuficiência de equipamentos para a aferição de tensão arterial, já que agora só existe um. Isso dificultaria fazer um rastreio em toda a população.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na ESF Frutilandia II, Município Assú, Rio Grande do Norte.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos usuários Hipertensos da área de abrangência no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2: Cadastrar 90% dos usuários Diabéticos da área de abrangência no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos cadastrados.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos cadastrados.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Frutilandia II, no Município de Assu/Rio Grande do Norte. Participarão da intervenção todos os hipertensos e diabéticos maiores de vinte anos ou mais da Unidade Básica de Saúde. As ações realizadas na intervenção foram baseadas nos Cadernos de Atenção Básica n. 36 e 37 Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus (BRASIL, 2013a) e no protocolo do programa de

HIPERDIA. Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações que foram realizadas.

O cadastro dos hipertensos e diabéticos na planilha de coleta de dados (ANEXO C) foi feito no momento da consulta. Para registro das atividades foram utilizados o prontuário clínico individual e a ficha espelho (ANEXO B). Os dados obtidos destes registros foram preenchidos na planilha de coleta de dados para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores (ANEXO A)

2.3.1 Detalhamento das ações

1º objetivo - Ampliar a cobertura aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1 e 2 – Cadastrar o 60% dos hipertensos e o 90 %diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Atualmente são acompanhados pelo serviço 32,5% dos hipertensos e 77 % dos diabéticos residentes na área adscrito.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Detalhamento: A médica e a enfermeira devem avaliar e preencher mensalmente as estatísticas destas doenças crônicas.

Organização e gestão do serviço: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa; melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e diabetes e garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica) e para a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: A medica e a enfermeira devem manter registro ativo e atualizado em cada atendimento dos usuários diabéticos e hipertensos.

A equipe tem que tratar o tema da qualidade do acolhimento nas reuniões mensais.

A equipe deve manter avaliação e calibragem dos equipamentos no tempo oportuno, solicitando a revisão a secretaria municipal de saúde.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Para essas ações nossa equipe realizara atividades grupais de promoção e prevenção de saúde na unidade antes da consulta de hiperdia semanalmente, no grupo de hipertensão e diabetes, e nas ruas relacionadas com estas duas doenças crônicas para que os pacientes conheçam que estamos fazendo verificação de tensão arterial a todos os maiores de 18 anos e realização de hemoglicoteste sem agendamento prévio.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde e capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento :informou-se a secretaria de saúde sobre a realização de atividades de capacitação para toda a equipe e já se está realizando além disso nas reuniões mensais se fala sobre um tema diferente para a capacitação de todos os trabalhadores da unidade.

2º Objetivo – Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas 1 e 2 – Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertenso e diabéticos

Detalhamento: A medica avaliara de forma periódica em conjunto com a equipe de saúde da unidade a realização e qualidade do exame clinico dos hipertensos e diabéticos.

Organização e gestão do serviço: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos; organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade

de saúde; estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais e dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: solicitou-se a secretaria de saúde do município a versão atualizada do protocolo d hipertensão e diabetes para em cada reunião da equipe orientar aos trabalhadores sobre as tarefas que eles podem desenvolver no exame clínico dos pacientes do programa de hiperdia, sempre com a supervisão da medica e enfermeira.

Engajamento Público: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Organizar a equipe para a realização frequente de palestras e colocar murais informativos para que os pacientes conheçam os riscos, os sintomas e sinais de alarma para evitar complicações destas doenças, para isto capacitaremos a todos os trabalhadores da equipe mensalmente de acordo ao protocolo.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos e hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde e capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da glicose em jejum de forma criteriosa com o hemoglicoteste e a tom a da pressão arterial a todos os maiores de 18 anos

Metas 3 e 4 – Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: A medica tem que monitorar o número de pacientes hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados na consulta e visitas domiciliares da equipe e avaliar a realização dos exames de acompanhamento.

Organização e gestão do serviço: Garantir a solicitação dos exames complementares; garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: informou-se a Secretaria Municipal de Saúde as necessidades da população quanto aos exames em tempo oportuno, para garantir que todos os pacientes hipertensos e diabéticos tenham as indicações de exames, daremos tarefas a toda a equipe para o monitoramento da indicação e realização dos mesmos.

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Explicar aos usuários hipertensos, diabéticos e a comunidade em geral mediante as palestras sobre a importância de ter exames feitos no dia para detectar precocemente as possíveis complicações.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares aos hipertensos e diabéticos

Detalhamento: Capacitar a toda a equipe sobre os exames complementares que se deve enviar aos hipertensos e diabéticos para sua solicitação de acordo ao protocolo.

Metas 5 e 6 – Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: monitoramento em conjunto com a equipe de saúde da unidade para conhecer a quantidade de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados tem acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia

Organização e gestão do serviço: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: A equipe solicitou para a secretaria municipal de saúde e a prefeitura municipal o apoio para o abastecimento das medicações que os pacientes precisam na farmácia em quantidade necessária; colocar no mesmo registro de pacientes hipertensos e diabéticos o nome dos medicamentos que bebem para ter um controle das necessidades para fazer o pedido.

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: explicar a traves das palestras aos pacientes hipertensos, diabéticos e a população em geral sobre o acesso aos medicamentos das doenças crônicas nas farmácias populares.

Qualificação da Prática Clínica: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabéticos e capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: ...capacitação na unidade e autodidata dos profissionais da saúde periodicamente sobre o tratamento da hipertensão e diabete de acordo ao protocolo para orientar aos usuários sobre o acesso a medicamentos da farmácia popular.

Metas 7 e 8 – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: A equipe vai monitorar se está sendo realizada pesquisa das doenças odontológicas nas consultas e visitas domiciliares ao 100% dos pacientes diabéticos e hipertensos.

Organização e gestão do serviço: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos; organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Falamos com a secretaria de saúde para garantir que um odontólogo fique por tempo fixo em nossa área para poder organizar a ação para avaliação de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos e até o momento já temos uma odontologista fixa na unidade e está trabalhando para aumentar os indicadores.

Engajamento Público: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Aumentar a quantidade de palestras aos pacientes hipertensos; diabéticos e a comunidade em geral sobre a importância de realizar atendimento odontológico periodicamente.

Qualificação da Prática Clínica: capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e hipertensos.

Detalhamento: realizar capacitação periódica aos trabalhadores da unidade para realizar em conjunto avaliação da necessidade de atendimento odontológico periodicamente aos hipertensos e diabéticos.

Objetivo 3 – Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Metas 1 e 2 – Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: monitoramento em conjunto com a equipe de saúde da unidade de todos os pacientes hipertensos e diabéticos faltosos as consultas de hiperdia.

Organização e gestão do serviço: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Aumentar visitas domiciliares para chegar a mais pessoas e que elas conheçam em que consiste o programa de hiperdia e desta forma lograr que o 100% dos hipertensos e diabéticos integrem-se ao programa.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de

faltosos) e esclarecer aos portadores de hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: aumentar o número de palestras e em cada visita domiciliar orientar a os hipertensos, diabéticos e a comunidade em geral sobre a importância de assistir a consulta de hiperdia com a periodicidade estabelecida de acordo ao protocolo.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: aumentar a capacitação aos profissionais da saúde da unidade sobre quais são as orientações que devem dar aos hipertensos e diabéticos para que o 100% assista a unidade para a consulta de DCNT.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações

Metas 1 e 2 – Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: monitoramento em conjunto com a equipe de saúde da unidade a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados.

Organização e gestão do serviço: Manter as informações do SIAB atualizadas; implantar a ficha de acompanhamento; pactuar com a equipe o registro das informações; definir responsável pelo monitoramento dos registros e organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: continuar o trabalho que está-se realizando, antes tínhamos os prontuários do pacientes hipertensos e diabéticos misturados com os de todas as famílias e isso dificultava a revisão sistemática dos registros. Agora estamos organizando isso registros para dessa forma ter um melhor controle e monitoramento do programa. E definir um responsável para o monitoramento dos registros o qual tem que estar capacitado para essa tarefa. Também temos que garantir que cada paciente do programa tenha uma ficha de acompanhamento onde

se registrem todas as consultas, os medicamentos que toma, a verificação do peso, tensão arterial, de hemoglicoteste e exames complementares

Engajamento Público: Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: orientar a comunidade e aos pacientes com estas doenças crônicas (hipertensão e diabete) mediante as palestras seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos e capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Capacitar a equipe de saúde e fundamentalmente ao responsável que se selecionará para o monitoramento do registro dos hipertensos e diabéticos.

Objetivo 5 – Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Metas 1 e 2 – Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: avaliação e monitorização por parte da equipe dos pacientes hipertensos e diabéticos que tem risco cardiovascular.

Organização e gestão do serviço: Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: selecionar e priorizar atendimento aos pacientes hipertensos e diabéticos que conhecemos que tem alto risco de doenças cardiovasculares, cerebrais, renais e de outros órgãos e sistemas de órgão que podem produzir complicações graves e inclusive até a morte do paciente.

Engajamento Público: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Incrementar as palestras e realizar murais para que a população e fundamentalmente os pacientes hipertensos e diabéticos aumentem seus conhecimentos sobre os riscos de complicações destas doenças crônicas e como evitá-los.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo; capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação e capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: capacitar a tudo a equipe sobre como identificar e sobre as estratégias para o controle dos fatores de risco para ajudar a evitar complicações nos pacientes hipertensos e diabéticos.

Objetivo 6 – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Metas 1 e 2 – Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: monitoramento e avaliação por parte da equipe da realização de palestras sobre orientação nutricional aos hipertensos, diabéticos e resto da população.

Organização e gestão do serviço: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Organizar e aumentar o número de palestras, realizar semanalmente e não mensal como está estabelecida para que a população e fundamentalmente os hipertensos e diabéticos adquiram maiores conhecimentos sobre hábitos de alimentação saudáveis, solicitar a presença da nutricionista nestas atividades.

Engajamento Público: Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Realizar cartéis e colocar em lugares públicos e fazer mais palestras com os hipertensos, diabéticos e com a comunidade em geral para que tenham mais conhecimentos sobre alimentação saudável e desta forma evitar a descompensação de sua doença.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Aumentar a capacitação da equipe sobre as práticas de alimentação saudáveis e metodologias de educação em saúde em pacientes hipertensos e diabéticos para ter mais pessoas em a realização de todas as palestras que se realizaram.

Metas 3 e 4 – Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: avaliação e monitoramento de toda a equipe sobre as orientações a realizar com os hipertensos e diabéticos sobre a importância de realizar atividade física.

Organização e gestão do serviço: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: preparar a tudo a equipe na organização de práticas coletivas para a orientação de atividade física para evitar o sedentarismo a obesidade que é um fator de risco para esta doença. Solicitar a secretaria de saúde a participação de educadores físicos nesta atividade.

Engajamento Público: Orientar hipertensos; diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: reunir frequentemente a maior quantidade de pessoas da comunidade e fundamentalmente aos hipertensos e diabéticos para dar orientações sobre a importância da prática de atividade física.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: informar a secretaria de saúde a necessidade de capacitação de tudo a equipe sobre os principais exercícios que podem realizar as pessoas hipertensa e diabéticas para logo levá-lo a pratica.

Metas 5 e 6– Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: realização de atividades grupais sobre risco do tabaquismo em pacientes hipertensos e diabéticos e monitoramento por parte de todo a equipe.

Organização e gestão do serviço: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: estabelecer grupos de tabaquistas e realizar carteies para orientar os danos que ocasionam a sua saúde e influem em a descompensarão de suas doenças crônicas.

Engajamento Público: Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: aumentar o número de palestras em pacientes hipertensos e diabéticos tabagistas e em toda a população fumadora para orientar a importância de abandonar o tabaquismo pôr os danos que fazem a sua saúde.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: capacitar a tudo a equipe sobre o tratamento de pacientes tabaquistas para o oferecimento das palestras sobre este tema.

Metas 7 e 8 – Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: monitoramento e avaliação de tudo a equipe sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Organização e gestão do serviço: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: organização por parte de odontologista o tempo para cada paciente hipertenso e diabético para orientar individualmente sobre a higiene bucal.

Engajamento Público: Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: aumentar a quantidade de palestras com os pacientes hipertensos e diabéticos e com toda a população para oferecer orientações sobre a importância da higiene bucal

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: que o odontologista na reunião da equipe capacite a todos os profissionais sobre a importância da higiene bucal para ajudar a fazer palestras sobre o tema a todos os hipertensos e diabéticos.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a usuários hipertensos e diabéticos, atualmente são acompanhados o 32,5 % e o 77,0 % respectivamente

Meta 1.1 Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2.: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados.

Indicador 2.1 Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados

Indicador 2.2 Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3 Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4 Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5 Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6 Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados.

Indicador 2.7 Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados.

Indicador 2.8 Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa

Meta 3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1 Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2 Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2 Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos com risco para doenças cardiovasculares.

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados.

Indicador 6.1 Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados.

Indicador 6.2 Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos cadastrados.

Indicador 6.3 Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos cadastrados.

Indicador 6.4 Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos cadastrados.

Indicador 6.5 Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos cadastrados.

Indicador 6.6 Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos cadastrados.

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos cadastrados.

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para fazer a intervenção temos que seguir os passos adotados nos Manuais Técnicos de Atenção para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde de 2013.

A análise situacional e a definição do foco para a intervenção foram discutidas com a equipe da UBS, o primeiro passo para a intervenção, será a capacitação de todos os profissionais da UBS sobre o manual técnico de Atenção de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para que toda a equipe utilize estas referências na atenção destes usuários. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, com duração de uma hora mensal, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Neste momento também serão definidas as atribuições de cada membro da equipe nas ações pactuadas. Cada profissional estudará uma parte do protocolo e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Temos prevista a abordagem de alguns temas para toda a equipe, tais como exame físico e rastreamento de sinais de alarme nos usuários diabéticos e hipertensos; seguimento dos diabéticos e hipertensos; diagnóstico precoce das complicações; importância da saúde bucal nestes usuários, alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, preenchimento adequado de todos os registros necessários ao acompanhamento e sobre a importância desta ação, estratificação do risco cardiovascular, quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Os agentes comunitários de saúde serão capacitados para o cadastramento das pessoas diabéticas e hipertensas de toda área de abrangência, para a orientação quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. A equipe de saúde será

capacitada para verificação da pressão arterial de forma criteriosa e para realização do hemoglicoteste. Os médicos e enfermeiros serão capacitados para a realização de exame clínico apropriado e para solicitação de exames complementares. Para estas atividades faremos apresentações para o qual será usado o computador da médica. A equipe tem planejado convidar o cardiologista do município, o nutricionista, o educador físico e o podologista do centro de reabilitação do município para contribuírem com estas capacitações. E será disponibilizada versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Para organizar o registro específico do programa a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários diabéticos e hipertensos que vieram ao serviço para consulta de rotina nos últimos três meses. A enfermeira localizará os prontuários destes pacientes e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento verificando a situação de consultas em atraso, exames clínicos dos pés, estado dos pulsos tibial posterior e pedioso, medida de sensibilidade dos pés (dos pacientes diabéticos), exames complementares periódicos em dia, estratificação risco cardiovascular por critério clínico, saúde bucal, orientação nutricional para alimentação saudável, orientação sobre prática de atividade física regular, avaliação da saúde bucal em dia e orientações sobre os riscos do tabagismo. Esta rotina será mantida durante toda a intervenção, em que as informações registradas nos prontuários serão transcritas para as fichas espelho. E através deste registro nas fichas espelho, serão gerados alertas sobre as ações em atraso. A enfermeira será a responsável pelo preenchimento das informações nos formulários.

Para o monitoramento mensal da intervenção a equipe contará com a planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso. As informações das fichas espelho serão transcritas pelo médico para a planilha que gerará os cálculos referentes a cada indicador avaliado. Será monitorada a realização de exame clínico apropriado, o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo e com a periodicidade recomendada, o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico, o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, assim

como o número de usuários alvo com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, assim como a realização de orientação nutricional, para atividade física regular, sobre riscos do tabagismo, de orientação sobre higiene bucal.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas-espelho dos diabéticos e hipertensos identificando aqueles que com alguma ação em atraso. As agentes de saúde farão busca ativa de todos os pacientes em atraso, estima-se 12 por semana totalizando 48 por mês. Ao fazer a busca já agendará o paciente usuário para um horário de sua conveniência. Ao final de cada mês as informações coletadas na ficha-espelho serão consolidadas na planilha de coleta de dados.

Para viabilizar o acolhimento dos hipertensos e diabéticos a equipe deverá garantir o cadastramento oportuno no Programa. A equipe poderá aumentar esta cobertura do dia-a-dia de trabalho aumentando a pesquisa das doenças na população, elevando o número de consultas na semana e procurando os faltosos à consulta. Nos dias de atendimento do programa Hiperdia também haverá atendimento do dentista para estes usuários. A agenda de saúde bucal será organizada pelos profissionais da saúde bucal, garantindo horários para avaliação da necessidade de tratamento de saúde bucal, e para tratamento quando for detectada esta necessidade.

Para acolher a demanda dos pacientes diabéticos e/ou hipertensos, incluindo os provenientes da busca ativa, há necessidade de alterar a organização das consultas do grupo hiperdia, reservando dois turnos semanais de atendimento para esses. Serão destinadas 12 vagas para cada turno de atendimento, deixando quatro vagas para o atendimento de quadros agudos. O tempo médio das consultas será de 15 minutos aproximadamente, devendo cada profissional reservar um momento nestas consultas para as orientações individuais de controle dos fatores de risco modificáveis, para a classificação do risco e para a solicitação dos exames complementares. Será priorizado o atendimento classificados como de alto risco. Todos os usuários alvo sairão da unidade de saúde com a próxima consulta agendada.

Cada membro da equipe será responsável pelo acolhimento que ocorrerá na UBS e nas visitas domiciliares: as agentes comunitárias de saúde farão o acolhimento nas visitas no dia-a-dia; as técnicas de enfermagem farão o rastreamento das alterações em níveis pressóricos e valores de glicemia capilar; o

odontólogo fará o acolhimento acompanhado pela técnica em saúde bucal; a médica e enfermeira farão o acolhimento em consultas individuais. É uma potencialidade neste acolhimento o fato da equipe ter disponível o material adequado para a aferição da pressão arterial e para realização do hemoglicoteste.

O gerente da UBS deverá discutir com o gestor sobre a necessidade de agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e parcerias institucionais para envolver nutricionistas, educadores físicos e outros profissionais nas atividades de promoção da saúde do grupo Hiperdia, e a compra de medicamentos que auxiliem o processo de abandono do tabagismo. Neste contato também será solicitada a disponibilização de todas as fichas espelho necessárias, no mínimo 959 fichas.

Será realizado pelo profissional responsável pela dispensação das medicações o controle de estoque de medicamentos, com registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Para sensibilizar a comunidade faremos contato com os líderes ou representantes da comunidade na escola, igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da qualificação do atendimento das pessoas hipertensas e diabéticas. Solicitaremos apoio da comunidade, fundamentalmente à família, no sentido de ampliar a captação e participação destes pacientes no grupo comunitário da área, e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. A equipe tem previsão de fazer este contato bem no início da intervenção, sendo a principal responsável a enfermeira, que organizará estas ações uma vez ao mês, na escola perto da UBS. Não serão utilizados recursos audiovisuais, apenas conversas com a comunidade.

As ações de promoção da saúde serão voltadas para a orientação sobre a existência do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e orientar a comunidade sobre os fatores de risco das doenças, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, quanto à necessidade de realização de consultas e exames complementares e periodicidade adequada,

quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos pela Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se for necessário, sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal especialmente os hipertensos e diabéticos, sobre a importância de adesão ao tratamento, quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis. Nesses momentos a comunidade será ouvida sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes.

3 Relatório da Intervenção

No acompanhamento da intervenção que aconteceu entre os meses de fevereiro e maio do ano de 2015, apresento o relato das atividades desenvolvidas. A intervenção teve início no dia 01 de fevereiro de 2015 e término no dia 30 de maio de 2015 compreendendo as orientações do curso em dezesseis semanas de atividades.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Para a realização da intervenção, intitulada “Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Frutilandia II, Assú/RN”; primeiro foi necessário realizar um análise situacional em saúde da comunidade da área de abrangência da ESF Frutilandia II para reconhecer as principais dificuldades da comunidade. Assim, logo realizamos a identificação do principal problema na comunidade com relação à atenção em saúde no nosso processo de trabalho. Com base nestes dados foi determinado como foco de intervenção a atenção à saúde dos usuários com DCNT, particularmente, hipertensos e diabéticos.

Foi realizado um projeto de intervenção contendo ações nos quatro eixos pedagógicos do curso: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público, qualificação da prática clínica.

Para a realização das ações procuramos seguir o cronograma estabelecido no projeto: desde o primeiro dia se definiu o papel de cada integrante em cada uma das ações programadas. Ainda na primeira semana se conseguiu realizar a organização do arquivo, viabilizando o acesso aos prontuários dos hipertensos e diabéticos.

Realizamos as capacitações da equipe com relação os protocolos: Ministério da Saúde: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica (Cadernos de Atenção Básica, nº 37) e Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus (Cadernos de Atenção Básica nº 36).

Realizamos capacitação quanto ao registro adequado dos dados e preenchimento da ficha espelho. As fichas-espelho foram preenchidas pelo médico, a enfermeira e pelas técnicas de enfermagem. As fichas posteriormente foram arquivadas de forma separada da ficha de atendimento/prontuários, mantendo o mesmo número do prontuário que coincidia a ficha de cada paciente hipertenso ou diabético. No começo tivemos dificuldades como a disponibilização de cópias das fichas, mas se conversou com a gestora e Secretaria Municipal de Saúde sobre o problema. Assim, rapidamente recebemos ajuda. No começo o seu preenchimento foi bastante demorado, mas com o tempo existiu mais agilidade por parte dos profissionais.

Um momento importante para a intervenção foi as reuniões da equipe as quais se realizaram ao início semanalmente e depois cada 15 dias, ou mensalmente de acordo as necessidades de organização e de resolutividade dos problemas que apareciam e que era necessário resolver. Nestas atividades se avaliou a situação atual da qualidade dos registros nas fichas e prontuários, o livro de acompanhamento e toda a documentação adequada para a intervenção. Nestas reuniões se realizaram as capacitações dos ACS para atualização do cadastramento, busca ativa de usuários com controle em atraso e com fatores de risco para HTS e DM, o qual se orientava em todas as reuniões. Infelizmente, tivemos algum atraso no cadastramento durante cinco semanas que estive de férias do Programa Mais Médicos, já que a equipe continuou com a intervenção e os números de pacientes atendidos foi muito baixo. Com isto, tivemos que intensificar o trabalho preventivo neste sentido mais com muito esforço em se trabalhar unidos e se conseguiu chegar a 54,4% (309) no caso dos hipertensos e 100% (188) dos diabéticos, pois durante a intervenção se cadastraram 9 pacientes diabéticos que não moravam na área.

Ademais, se capacitou para a técnica correta de aferição da pressão arterial e de realização de hemoglicoteste e para aferir pressão arterial em todas as consultas. Também, se capacitou sobre avaliação das pessoas com fatores de risco

para HAS e DM conforme protocolo. Outra ação importantíssima foi o acolhimento e atendimentos de todos os usuários hipertensos e diabéticos de acordo com protocolo de atenção. Isto se fez todos os dias, mas no início em várias ocasiões não me senti muito contente, já que não compareciam todos os usuários agendados pelos ACS nos dias de Hiperdia. O que atrapalhava o desenvolvimento da intervenção e, então, tínhamos que tomar estratégias para recuperar estes usuários faltosos. Outra dificuldade que nos atrasou um pouco foi a parada laboral durante a semana Santa e a mudança de quase toda a equipe por outros novos, tivemos que reorganizar o trabalho e voltar a capacitar aos novos integrantes da equipe. Muitos destes usuários não voltavam a consultas, já uma vez incorporados de novo ao trabalho tudo voltou à normalidade. A outra ação que não se deixou de cumprir foi a realização de educação sobre saúde bucal dos usuários hipertensos e diabéticos,. Conseguimos chegar às metas traçadas. Também, se capacitou aos profissionais para avaliação de risco, orientação nutricional, prática de exercício físico e controle de fatores de risco.

Existiram algumas ações que tivemos que modificar seu responsável já que era a médica e ela se ausentou da UBS por 5 semanas. E, para não ter problemas em sua execução, que foram o monitoramento do cumprimento das consultas, vistas domiciliares, orientações à comunidade, indicação e realização de exames laboratoriais, o monitoramento da atualização dos registros, da realização da avaliação de risco e a orientação a hipertensos, diabéticos e seus familiares. Durante a intervenção, se percebeu que não melhorou a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, talvez seja porque é um município muito grande e a demanda é maior. Assim, as demoras para a realização dos exames nas unidades básicas de saúde são frequentes e generalizadas. Neste caso, a responsável de levar a cabo estas ações foi a enfermeira e, apesar de isto, se cumpriu integralmente, com exceção da estratificação do risco cardiovascular que durante minha ausência não foi realizado e ficou por embaixo das metas propostas, em 83,5% dos hipertensos e 76,1% dos diabéticos.

Em várias ocasiões fizemos contatos com as lideranças comunitárias sempre com o apoio dos ACS, os quais eram os responsáveis de agendar a todos os usuários hipertensos e diabéticos para cada semana e tinham um controle num caderno de quais não assistiam a consultas. Isto para a equipe continuar realizando visitas domiciliares e, assim, não ficasse nenhum hipertenso ou diabético sem o acompanhamento oportuno.

Outra ação importante foi a de informar a população sobre HAS e DM através de organização de grupos operativos pelos integrantes da equipe, utilizando recursos interativos, dinâmicos, multimídia para chamar a atenção dos usuários, escutar o que eles sabem a respeito da doença e fornecer todas as informações importantes para melhorar a adesão no tratamento. Aqui tiveram um papel muito importante as lideranças da comunidade. Eles disponibilizaram muito apoio durante toda a intervenção e se mostraram sempre com muito interesse e entusiasmo. Em duas ocasiões se buscou um carro de som para passar na comunidade com o objetivo de divulgar sobre nosso projeto de intervenção, o qual permitiu que muitos destes usuários se integrassem aos grupos destas doenças.

Nossa UBS, apesar de ser um local adaptado que não reúne as condições estruturais de Unidade de Saúde, sempre se aproveitou os espaços e os diferentes momentos de atendimentos para informar a população sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos e do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Além disto, como ofertar informação à população sobre o funcionamento do serviço, monitoramento, e garantia de seus direitos.

Uma ação que se realizou com muito sucesso foi a divulgação do projeto, já que teve a sorte de contar com o apoio de todos os líderes das comunidades, estudantes e o grupo dos profissionais, os quais em algumas ocasiões, proporcionaram palestras educativas de temas de interesse, assim como a usuários e isto deu resultados positivos. Além disso, também fizemos divulgação nas consultas, nas visitas domiciliares através dos ACS, nos diferentes locais dos demais profissionais, como a enfermeira, o dentista, por meio das lideranças comunitárias, etc.

Uma ação que se cumpriu parcialmente foi a troca de experiência com a comunidade para avaliar o desenvolvimento da estratégia e poder realizar estratégias que garantissem obter os objetivos esperados. Devia ser realizada em três ocasiões. Entretanto, só se realizou uma vez. Primeiramente, como já desde o começo coloquei, nossa UBS é um local adaptado e não reúne as condições para esta atividade. Destaco que passei muito trabalho buscando um local, depois que um líder comunitário ofereceu fazer a atividade na igreja da comunidade, a enfermeira e o dentista se ausentaram nessa semana da UBS, o que dificultou a sua realização. Mas, finalmente se realizou com sucesso e foi feita em uma tarde da

última semana da intervenção. Quando chegamos, já o líder comunitário tinha reunido um percentual bastante alto da população. Antes dessa reunião, a enfermeira foi mudada por um novo enfermeiro e, como consequência, não podia estar presente na atividade. Apesar disto, fomos todos os demais na atividade e ficou muito boa porque a população interagiu, se explicou os objetivos desta intervenção, salientando que uma vez terminado muitas destas ações, vai a ficar como rotina do trabalho da UBS. Desta forma, podemos dizer que a ação com a comunidade, apesar das dificuldades iniciais, foi um sucesso.

Uma vez terminado esta etapa de intervenção se pode observar que conseguimos chegar a uma cobertura de 54,4% de usuários com HAS e 100% de usuários com DM. Se recuperaram 96,6% dos usuários hipertensos e o 94,7% dos diabéticos faltosos à consulta através da busca ativa dos ACS. Os resultados da intervenção foram bastante positivos como demonstraremos na seção de resultados. Posso dizer que, apesar de algumas dificuldades, eu fico muito contente depois desta avaliação da atividade e minha equipe também compartilha esta alegria.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Não houve nenhuma ação não desenvolvida. Com apoio conjunto, conseguimos realizar todas as ações como planejado previamente. Só teve alguns indicadores que não foram atingidos seguem o proposto como foi à realização de exames complementares e a prescrição de medicações da farmácia popular devido a dificuldades existentes no município por déficit de recursos e excesso na demanda, também houve um mês em que a coordenadora do projeto esteve de férias, sendo que a equipe deu continuidade às ações.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Sobre as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores: não tivemos dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Quanto à incorporação das ações previstas no projeto na rotina de trabalho do serviço, podemos dizer que uma vez terminado o Curso de Especialização em Saúde da Família, uma série de ações ficarão como rotina normal da UBS. O exemplo o acolhimento de todos os usuários, priorizando aos hipertensos e diabéticos e o seu atendimento, seguindo os protocolos do Ministério da Saúde. O acolhimento é fundamental, pois assim eles sentir-se-ão mais protegidos e escutados corretamente. Também, as palestras educativas serão indispensáveis em nosso trabalho feitas em diferentes cenários e realizadas com temas diferentes e pelos diferentes integrantes da equipe. Estes temas serão abordados nas consultas, nas visitas domiciliares, nos grupos integrados por hipertensos e diabéticos, etc. Também, se vai a continuar trabalhando forte na educação sobre saúde bucal dos usuários hipertensos e diabéticos. Neste caso os ACS se comprometerão a melhorar os controles sobre a assistência deles nas consultas com o dentista, o qual se comprometeu em aumentar o número de atendimentos para assim garantir a avaliação dos usuários hipertensos e diabéticos, melhorando sua qualidade de vida. Já ficou implantada a aferição da pressão arterial e a realização de hemoglicoteste nas pessoas com fatores de riscos para HAS e DM , conforme a protocolo por parte das técnicas de enfermagem, uma vez realizado a triagem de enfermagem. Para isto, se solicitou à Secretaria Municipal de Saúde para que incrementarem os recursos necessários para levar a cabo com sucesso esta ação. Outra muito importante que se vai manter em minha consulta as orientações a todos os usuários quanto a fatores de riscos, sinais de alerta e prevenção e estilos de vidas saudáveis para hipertensos e diabéticos, já que observo que, aumentando a atenção preventiva, vamos começar a reduzir os índices de incidência destas patologias e, daqui pela frente, elevar ao máximo a qualidade dos atendimentos e melhorias da atenção básica de saúde no Brasil.

A intervenção será incorporada na rotina do serviço. continuará a união da equipe para a atenção a população. Para isso a equipe vai continuar com o mesmo cronograma de atendimento do programa de HIPERDIA e vai ficar monitorando os casos faltosos a consulta para continuar a busca ativa.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Tanto para a comunidade de Frutilandia II, o serviço, assim como os profissionais da equipe, acreditando que também para gestão de saúde do município de Assú, de um modo geral, a realização da nossa intervenção, focado na melhora do Programa de Atenção da Saúde aos usuários hipertensos e diabéticos, significou um avanço qualitativo e quantitativamente neste programa. Nisto, não contamos com um indicador específico para quantificar a melhora do mesmo, mas os benefícios são detalháveis e visíveis quando se visualiza os gráficos e os indicadores de cobertura e de qualidade. O cumprimento de 100% da maioria das metas propostas, ou sobre cumprimento do esperado no caso dos diabéticos pertencentes à área de abrangência e mesmo assim o incremento daquelas metas que não foram cumpridas faz alusão aos resultados positivos da intervenção.

Durante a realização da intervenção priorizamos cumprir as tarefas do cronograma de trabalho proposto, interagimos com a comunidade, escola, igreja, foram selecionados líderes comunitários, priorizamos o trabalho nas áreas descobertas, beneficiando esta população, incrementamos o número de atendimentos odontológicos, realizamos várias atividades educativas com o consequente aumento do nível de conhecimentos de hipertensos, diabéticos e o restante da comunidade e a diminuição de riscos. Facilitamos o acesso da população ao serviço de saúde primária, secundária e terciária, mediante encaminhamentos.

Diminuiu o número de hipertensos e diabéticos faltosos em comparação aos passados anos. Proporcionamos estilos de vida saudáveis não só para os usuários com essas duas doenças crônicas, senão para todos os envolvidos nos processos

educativos. Identificamos problemas a partir dos planejamentos da população e elaboramos possíveis soluções apresentadas à gestão municipal.

Estabelecemos participação aos líderes comunitários mediante as capacitações e reuniões realizadas, ampliamos a cobertura em tempo adequado ao total de hipertensos e diabéticos. Incorporamos o projeto ao dia a dia do trabalho de nosso Serviço. Capacitamos os membros da equipe para o melhor desenvolvimento do serviço e individual, conseguimos adquirir o 100% da documentação necessária para a realização do projeto, assim como a incorporação da ficha espelho e a ficha espelho complementar de atenção odontológica (Anexo E). Recebemos críticas construtivas sobre o reconhecimento do trabalho de parte da população e da coordenação de atenção primária. Unificamos o trabalho ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), comprometemos todos os membros da equipe, assim como a gestão de saúde para apoiar a intervenção que se realizou. Enfrentamos diferentes desafios que fortaleceram os laços entre os profissionais, hoje mais preparados e unidos.

Para iniciar a análise quantitativa e qualitativa, facilitando a compreensão, os resultados e gráficos foram separados por metas propostas e o indicador obtido, com o objetivo de estabelecer um padrão comparativo.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Na área adstrita a minha UBS pertence à população salvo 568 hipertensos, deles eram acompanhados 185, o que representava 32,5%, depois da intervenção foram acompanhados 309 na ação programática alcançando ao final da intervenção uma cobertura de 54,4%. Destaca-se que a evolução desse indicador foi boa, visto que no 1º mês o percentual foi de 8,6%, perfazendo 49 hipertensos, no 2º mês foi de 16, 4%, correspondendo a 93 hipertensos, no 3º mês atingiu-se 29,8%, perfazendo 157 hipertensos e no 4º mês um 54,4% para um total de 309 hipertensos (Figura 1).

As ações que mais auxiliaram no aumento da cobertura do Programa de Atenção à Saúde dos Hipertensos foram: acompanhamento os dados previamente

colhidos e os registros dos usuários cadastrados, rastreamento da hipertensão em indivíduos com mais de 18 anos desenvolvido pela equipe de saúde, as atividades com a comunidade para orientações sobre a ação programática e orientações durante as consultas clínicas de rotina para toda a população, capacitações com toda a equipe de saúde para realização de cadastramento e exame clínico, não se cumpriu com a meta do 60% , pois das 16 semanas da intervenção tive 5 semanas de férias e foi pouco os usuarios atendidos durante esse período.

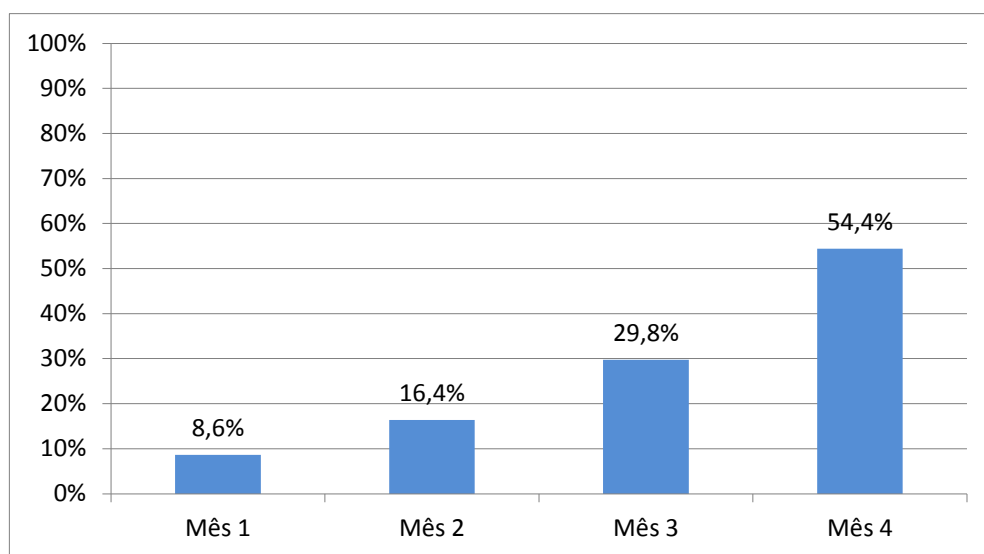


Figura 1: Proporção de Hipertensos cadastrados na ESF Frutilandia II, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Meta 1.2: Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Na área adstrita a minha UBS pertence à população salvo 179 diabéticos, antes da intervenção 138 diabéticos eram acompanhados para um 77,0% de cobertura seguem programa de atenção ao diabético, ao final do projeto são acompanhados 188 na ação programática, alcançando ao final da intervenção uma cobertura de 105%. A evolução desse indicador foi no 1º mês o percentual foi de 14,4%, perfazendo 27 diabéticos, no 2º mês foi de 26,6%, correspondendo aos 50 diabéticos, no 3º mês atingiu-se 48,4%, perfazendo 91 diabéticos e no 4º mês um 100% para um total de 188 usuários diabéticos(Figura 2). Antes de começar a

intervenção, tínhamos cadastrados 179 diabéticos. Ao final da intervenção este número foi alterado para 188, demonstrando estar além da estimativa estipulada na planilha de monitoramento em 5,6% da população (VIGITEL, 2011), que daria 146 usuários diabéticos para esta área de abrangência. As ações que mais auxiliaram no aumento da cobertura do Programa de Atenção à Saúde dos Diabéticos foram o cadastramento de toda a área adstrita desenvolvida pelos ACS, o rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg desenvolvido pelos profissionais da equipe e capacitações durante as reuniões com toda a equipe de saúde para realização de cadastramento e exame clínico.

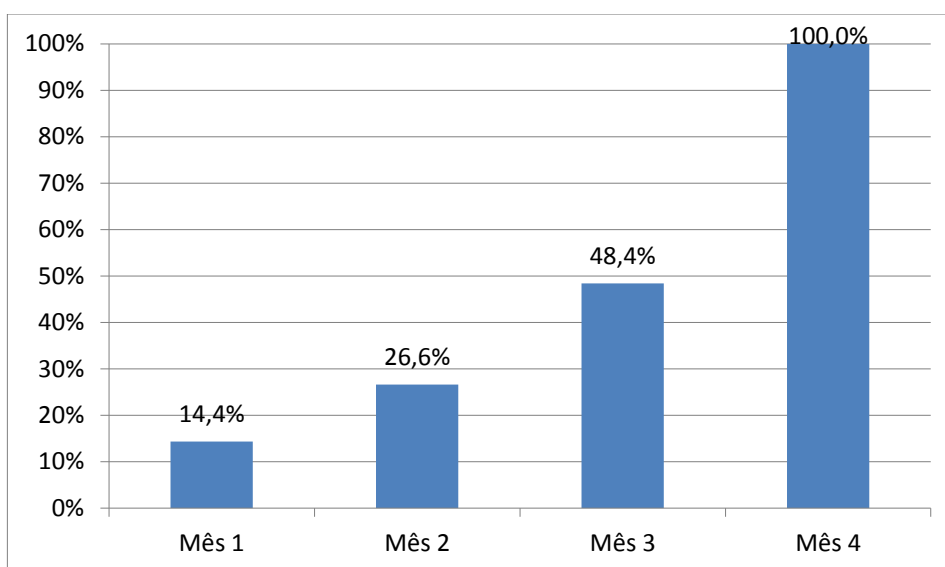


Figura 2: Proporção de Diabéticos cadastrados na ESF Frutilandia II, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade na atenção a hipertensos e diabéticos

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Na intervenção foi importante a realização de exame clínico. A evolução desse indicador foi boa, onde no 1º mês o percentual foi de 91,8%, perfazendo 45 hipertensos, no 2º mês foi de 92,5%, correspondendo à 86 hipertensos, no 3º mês atingiu-se 92,9%, perfazendo 157 hipertensos e no 4º mês um 90,9 % para um total de 281 (Figura 3). As principais ações que ajudaram para o desenvolvimento dos

resultados foram: definição das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Não atingindo 100%, conforme a estimativa, isso aconteceu porque no início tivemos dificuldade com os materiais (esfigmomanômetros), além disso é difícil fazer um exame físico completo na primeira consulta, eles precisam de consultas de acompanhamento para completar todo o exame clínico .

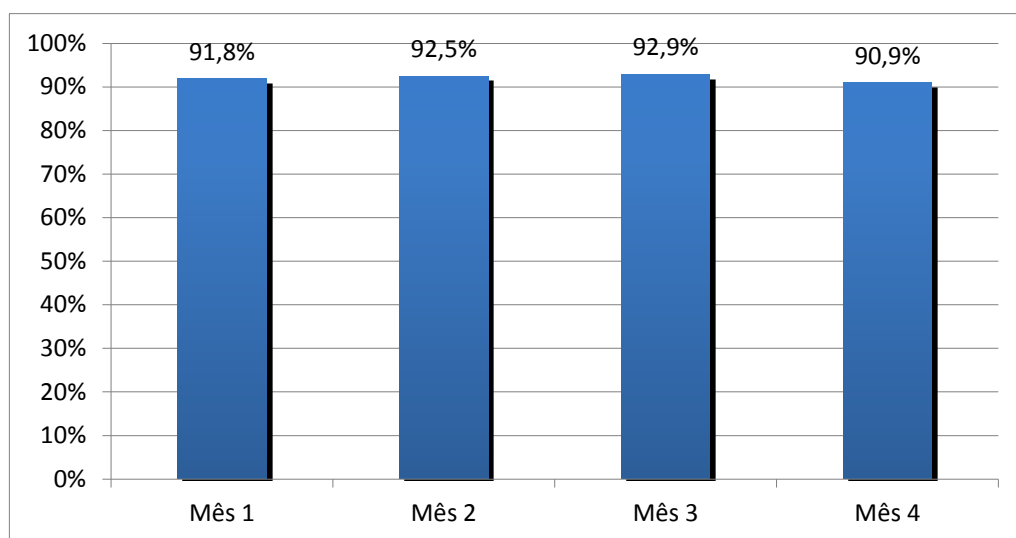


Figura 3: Proporção de Hipertensos com exame clínico em dia na ESF Frutilandia II, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Na intervenção foi importante a realização de exame clínico. A evolução foi deste jeito no 1º mês o percentual foi de 92,6%, perfazendo 25 diabéticos, no 2º mês foi de 92,0%, correspondendo a 46 diabéticos e no 3º mês atingiu-se 93,4%, perfazendo 85 diabéticos. E, no 4º mês 84,6% para um total de 159 (Figura 4). As principais ações que ajudaram para o desenvolvimento dos resultados foram: definição das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Não atingindo 100%, conforme a estimativa, isso aconteceu porque no início tivemos dificuldade com os materiais (hemoglicoteste), além disso é difícil fazer um

exame físico completo na primeira consulta, eles precisam de consultas de acompanhamento para completar todo o exame clínico .

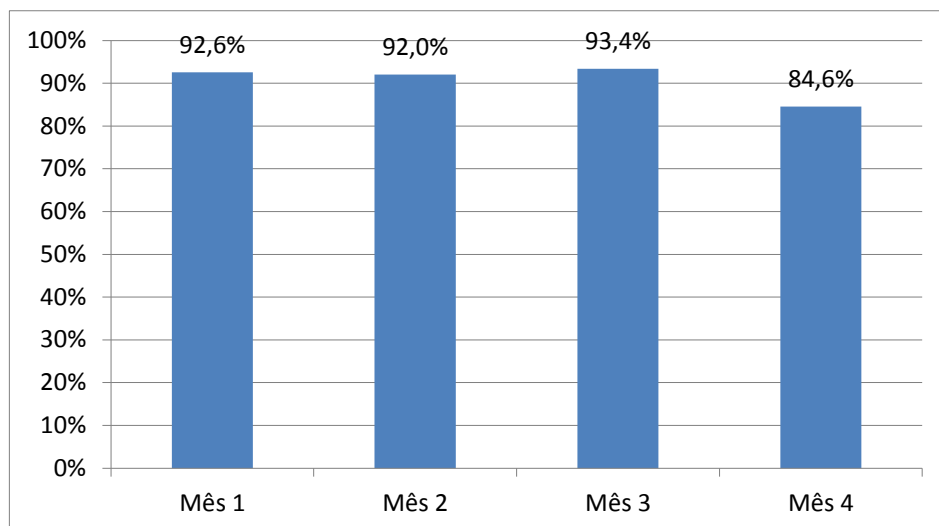


Figura 4: Proporção de Diabéticos com exame clínico em dia na ESF Frutilandia II, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A evolução desse indicador no 1º mês o percentual de 75,5%, perfazendo 37 hipertensos, no 2º mês foi de 76,3%, correspondendo a 71 hipertensos, no 3º mês atingiu-se 72,8%, perfazendo 123 hipertensos e no 4º mês 78,6% para um total de 243 (Figura 5). Esta meta não foi cumprida a 100% pelas dificuldades com a realização dos exames complementares no município. As principais ações que auxiliaram foram: capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares e orientação dos usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares .

Dificultou a melhoria desse indicador a pouca agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, é um problema do município porque contamos com poucas unidades para fazer exames pelo SUS e a demanda da população é grande. Geralmente demora de um a dois meses entre a marcação

e realização dos exames, ato que dificulta avaliação e acompanhamento adequado. Foi proposto ao gestor esta melhoria, mas ainda não tem possíveis soluções..

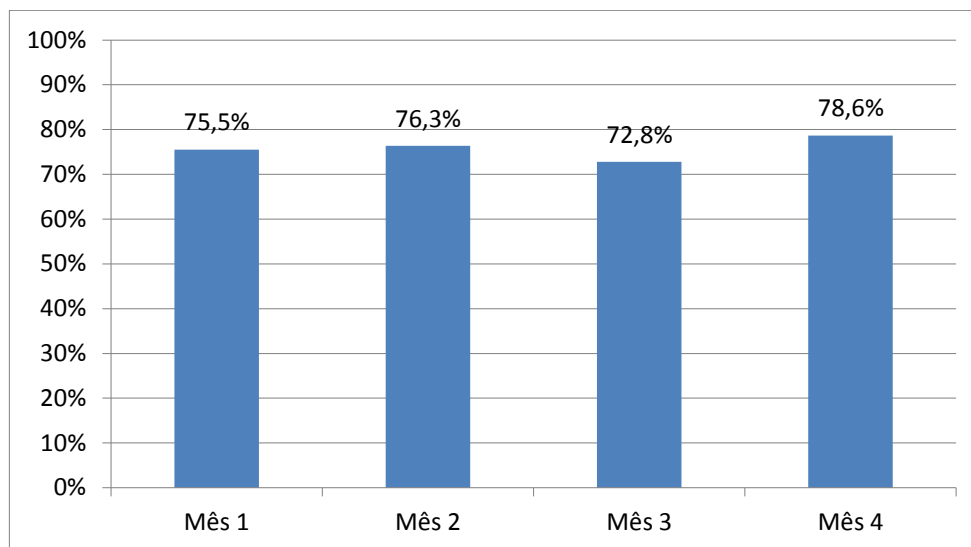


Figura 5: Proporção de Hipertensos com exames complementares em dia na ESF Frutilândia II, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A evolução desse indicador no 1º mês o percentual de 85,2%, perfazendo 23 diabéticos, no 2º mês foi de 74%, correspondendo a 37 diabéticos e no 3º mês atingiu-se 70,3%, perfazendo 64 diabéticos e no 4º mês 83% para um total de 156 (Figura 6). Esta meta não foi cumprida a 100% por as dificuldades com a realização dos exames complementares no município. As principais ações que auxiliaram foram: capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares e orientação dos usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Dificultou a melhoria desse indicador a pouca agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, é um problema do município porque contamos com poucas unidades para fazer exames pelo SUS e a demanda da população é grande Geralmente demora de um a dois meses entre a marcação e

realização dos exames, ato que dificulta avaliação e acompanhamento adequado. Foi proposto ao gestor, mas ainda não tem possíveis soluções.

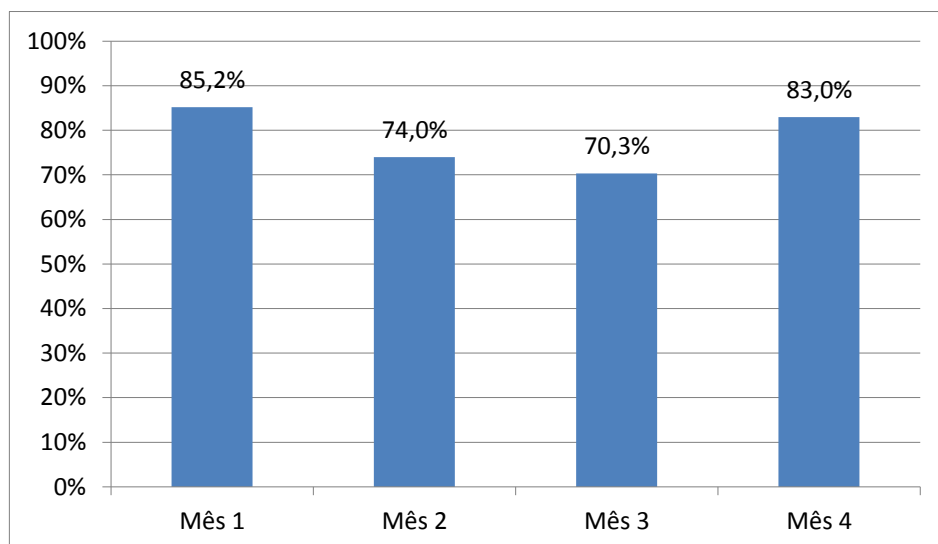


Figura 6: Proporção de Diabéticos com exames complementares em dia na ESF Frutilandia II, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

Respeito a esse indicador temos no 1º mês o percentual de 100 %, perfazendo 49 hipertensos, no 2º mês foi de 100%, correspondendo à 93 hipertensos ,no 3º mês atingiu-se 95,9 %, perfazendo 162 hipertensos e no 4º mês 94,2% para um total de 291(Figura 7). Dentro das ações que mais auxiliaram a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na UBS foram: prescrição preferencial de medicamentos incluídos na Farmácia Popular/Hiperdia e registro adequado do tratamento no prontuário e na ficha espelho, controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, mantenhemos um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, atualização do profissional no tratamento da hipertensão, orientação aos usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Dentro das dificuldades tivemos muitos usuários com tratamentos onde os medicamentos não ficam na farmácia da Unidade Básica de Saúde.

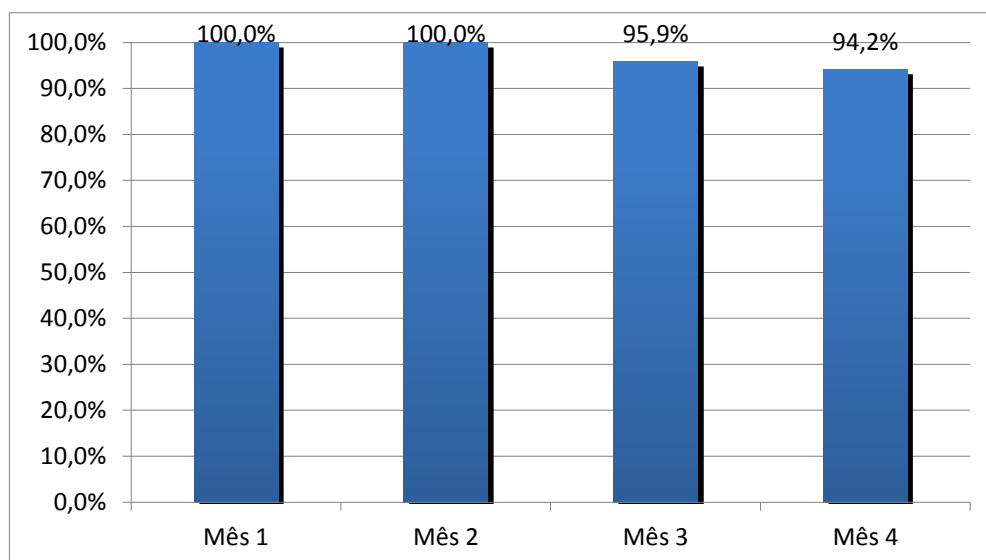


Figura 7: Proporção de Hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na ESF Frutilandia II, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Neste indicador temos no 1º mês o percentual de 100%, perfazendo 27 diabéticos, no 2º mês foi de 100%, correspondendo à 50 diabéticos, no 3º mês atingiu-se 92,3 %, perfazendo 84 diabéticos e no 4º mês o 92,0% para um total de 173(Figura 8). Dentre das ações que mais auxiliaram a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na UBS foram: prescrição preferencial de medicamentos incluídos na Farmácia Popular/Hiperdia e registro adequado do tratamento no prontuário e na ficha espelho, controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, mantenhemos um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, atualização do profissional no tratamento da diabetes, orientação aos usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

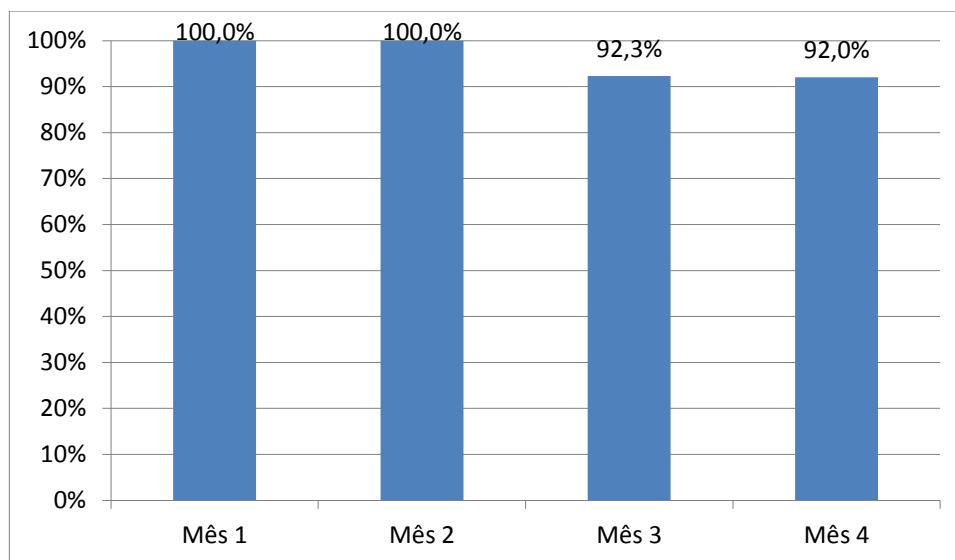


Figura 8: Proporção de Diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na ESF Frutilandia II, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100 % dos hipertensos cadastrados.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A evolução desse indicador foi boa, visto que no 1º mês o percentual foi de 81,6%, perfazendo 40 hipertensos, no 2º mês foi de 90,3%, correspondendo à 84, no 3º mês atingiu-se 94,7%, perfazendo 160 e no 4º mês um 100 para um total de 309 hipertensos(Figura 9). Neste indicador as metas propostas foram cumpridas satisfatoriamente. As ações que mais auxiliaram foram: avaliação da necessidade de atendimento odontológico durante o registro específico na ficha-espelho dos usuários, capacitação da equipe sobre avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos, orientação da comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal nos hipertensos. Não tivemos dificuldades para cumprir com este indicador.

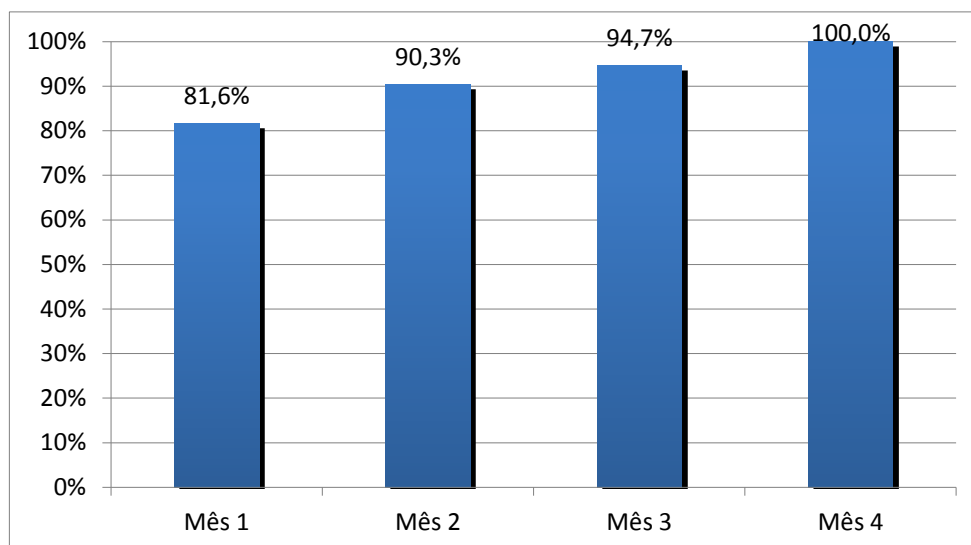


Figura 9: Proporção de Hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Frutilandia II, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 50% dos diabéticos cadastrados.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A evolução desse indicador foi boa, visto que no 1º mês o percentual foi de 81,5 %, perfazendo 22 diabéticos, no 2º mês foi de 90 %, correspondendo à 45 diabético, no 3º mês atingiu-se 94,5 %, perfazendo 86 diabéticos e no 4º mês um 100 para um total de 188 diabéticos (Figura 10) . As ações que mais auxiliaram foram: avaliação da necessidade de atendimento odontológico durante o registro específico na ficha-espelho dos usuários, capacitação da equipe sobre avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos, orientação da comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal nos diabéticos. Não tivemos dificuldades para o cumprimento deste indicador e foi cumprido a um 100%.

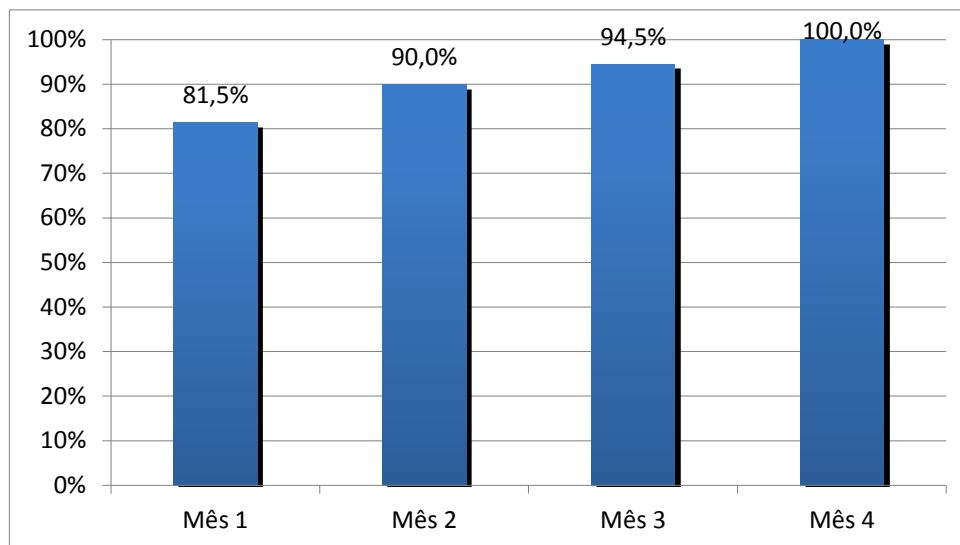


Figura 10: Proporção de Diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Frutilandia II, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

A evolução desse indicador foi ótima, temos no 1º mês o percentual de 92,9%, perfazendo 13 hipertensos, no 2º mês foi de 88%, correspondendo a 22 hipertensos, no 3º mês atingiu-se 89,8%, perfazendo 44 hipertensos e no mês 4º um 96,6% para um total de 112 (Figura 11). Felizmente foi um êxito. As principais ações que contribuíram adequadamente foram: identificação do atraso nas consultas pelo monitoramento da periodicidade ou pela identificação nas visitas domiciliares, organização das visitas domiciliares para buscar os faltosos, organização da agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares, disposição de horários disponíveis para atendimento clínico ou acolhimento, capacitação das agentes de saúde para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. A principal dificuldade por lá que não se cumpriu a 100% este indicador foi porque tínhamos usuários que não estavam no município nos momentos da busca ativa.

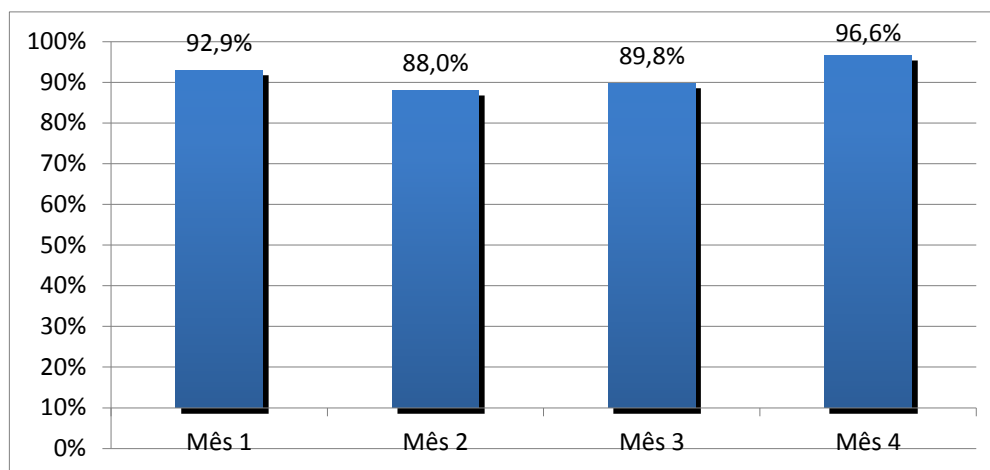


Figura 11: Proporção de Hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na ESF Frutilandia II, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

A evolução desse indicador foi: no 1º mês o percentual de 83,3%, perfazendo 5 diabéticos, no 2º mês foi de 92,9%, correspondendo a 13 diabéticos, no 3º mês atingiu-se 92,9 %, perfazendo 26 diabéticos e no 4º mês em 94,7% para 54 usuários(Figura 12). As principais ações que contribuíram adequadamente foram: identificação do atraso nas consultas pelo monitoramento da periodicidade ou pela identificação nas visitas domiciliares, organização das visitas domiciliares para buscar os faltosos, organização da agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares, disposição de horários disponíveis para atendimento clínico ou acolhimento, capacitação das agentes de saúde para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

A principal dificuldade por lá que não se cumpriu a 100% este indicador foi porque tínhamos usuários que não estavam no município nos momentos da busca ativa.

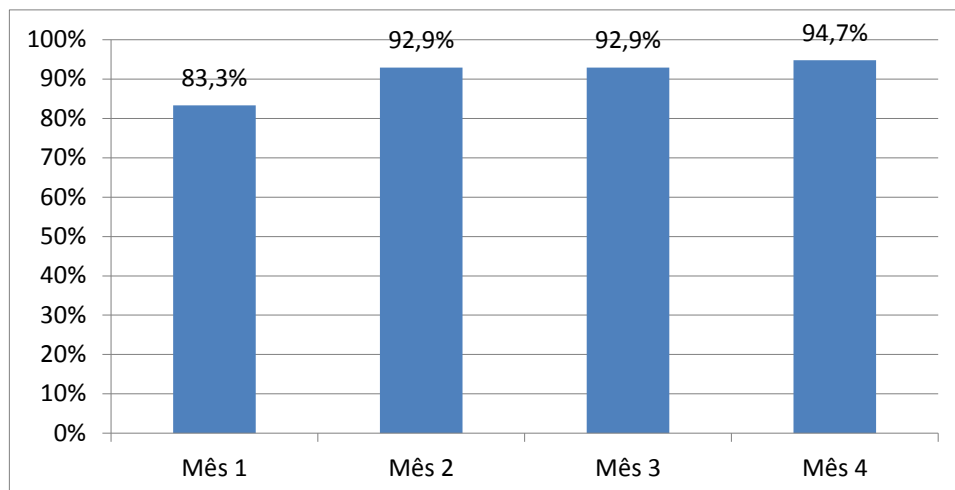


Figura 12: Proporção de Diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na ESF Frutilandia II, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

O indicador se comportou assim: no 1º mês o percentual de 95,9 %, perfazendo 47 hipertensos, no 2º mês foi de 83,9%, correspondendo a 78 hipertensos, no 3º mês atingiu-se 91,7 %, perfazendo 155 hipertensos e no mês 4 um 95,5% para um total de 295(Figura 13) . Dentro das ações que ajudaram ficam: implantação e avaliação da qualidade dos registros específicos de hipertensos acompanhados na unidade de saúde, orientação dos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, capacitação da equipe de saúde no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso. Como dificuldade tivemos dificuldade para o preenchimento dos dados pela ausência da técnica em enfermagem na unidade alguns dias da intervenção.

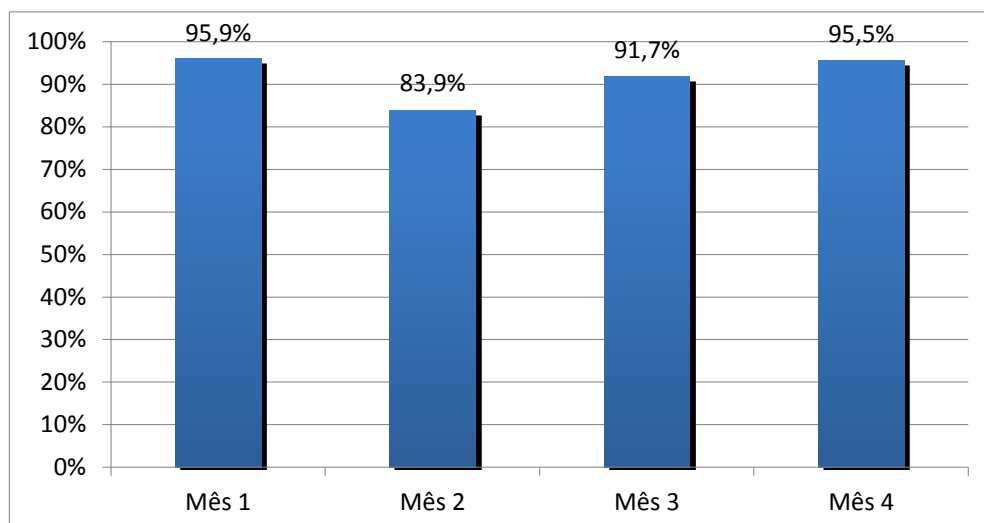


Figura 13: Proporção de Hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Frutilandia II, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

O indicador se comportou assim: no 1º mês o percentual de 92,6%, perfazendo 25 diabéticos, no 2º mês foi 86 %, correspondendo a 43 diabéticos, no 3º mês atingiu-se 93,4%, perfazendo 85 diabéticos e no mês 4 o 97,9 % para um total de 184(Figura 14) . Dentro das ações que ajudaram ficam: implantação e avaliação da qualidade dos registros específicos de diabéticos acompanhados na unidade de saúde, orientação dos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, capacitação da equipe de saúde no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do diabético. Como dificuldade tivemos dificuldade para o preenchimento dos dados pela ausência da técnica em enfermagem alguns dias da intervenção.

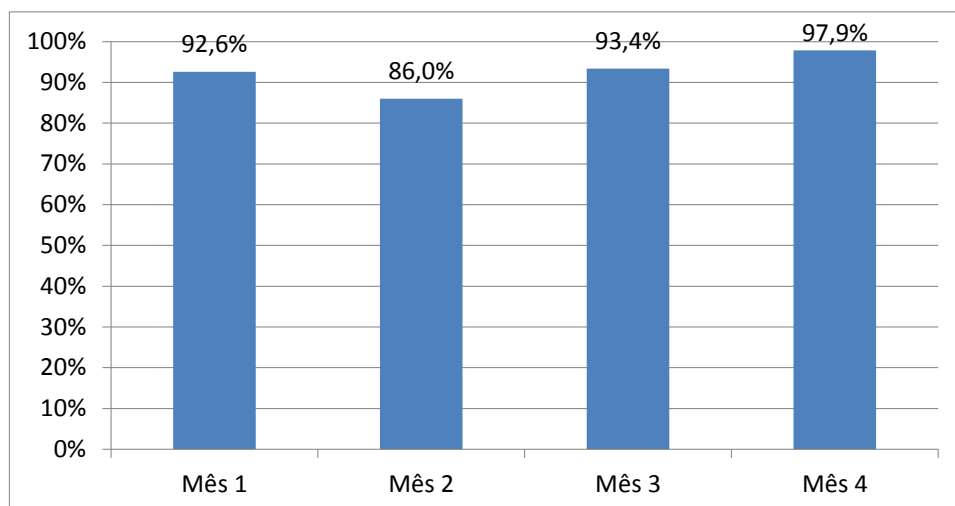


Figura 14: Proporção de Diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Frutilandia II, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

A evolução deste indicador ficou deste jeito: no 1º mês o percentual de 100%, perfazendo 49 hipertensos, no 2º mês foi de 32,3%, correspondendo a 30 hipertensos, no 3º mês atingiu-se 62,7%, perfazendo 106 hipertensos e no quarto mês o 83,5% para um total de 258 hipertensos(Figura 15). As principais ações que ajudaram ao desenvolvimento deste indicador foram: a garantia de um horário prioritário na agenda para atendimento clínico dos usuários de alto risco, capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e da importância do registro desta avaliação, orientação dos usuários e a comunidade quanto ao seu nível de risco, importância do acompanhamento regular e adequado controle de fatores de risco modificáveis durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde. É muito importante manter essas ações na unidade básica de saúde, porque é garantia de acompanhamento com qualidade para os usuários, mais vai a oferecer a possibilidade de prever muitas complicações da doença. A dificuldade para o

cumprimento deste indicador a um 100% foi que durante o mês de minhas férias ninguém realizou a estratificação do risco aos usuários que receberam acompanhamento.

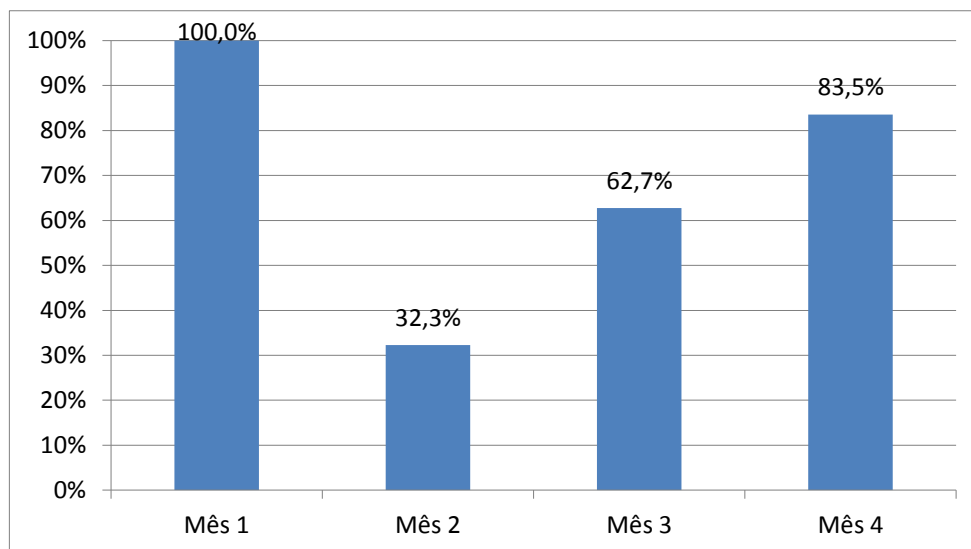


Figura 15: Proporção de Hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Frutilandia II, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

O indicador ficou deste jeito: no 1º mês o percentual de 100%, perfazendo 27 diabéticos, no 2º mês foi de 46%, correspondendo a 23 diabéticos e no 3º mês atingiu-se 68,1 %, perfazendo 62 diabéticos e no quarto mês 76,1 % diabéticos para 143 em total(Figura 16). As principais ações que ajudaram ao desenvolvimento deste indicador foram: a garantia de um horário prioritário na agenda para atendimento clínico dos usuários de alto risco, capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e da importância do registro desta avaliação, orientação dos usuários e a comunidade quanto ao seu nível de risco, importância do acompanhamento regular e adequado controle de fatores de risco modificáveis durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde. É muito importante manter essas ações na unidade

básica de saúde, porque é garantia de acompanhamento com qualidade para os usuários, mais vai a oferecer a possibilidade de prever muitas complicações da doença. A dificuldade para o cumprimento deste indicador a um 100% foi que durante o mês de minhas férias ninguém realizou a estratificação do risco aos usuários que receberam acompanhamento.

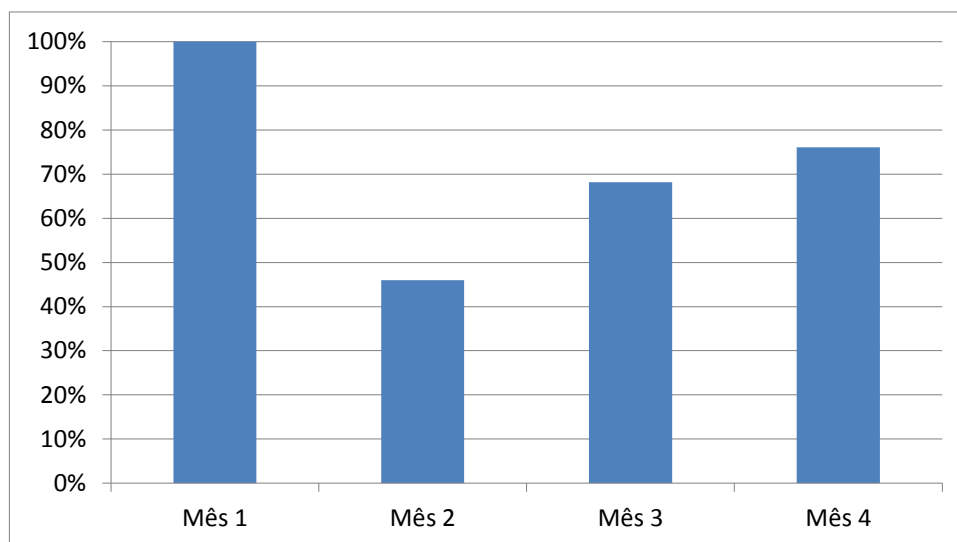


Figura 16: Proporção de Diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Frutilandia II, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

A evolução desse indicador foi boa, visto que no 1º mês o percentual foi de 100%, perfazendo 49 hipertensos, no 2º mês foi de 100%, correspondendo à 93 hipertensos, no 3º mês atingiu-se 100%, perfazendo 169 e no 4to mês um 100% para um total de 309 hipertensos. As ações que mais auxiliaram foram: orientação nutricional sobre alimentação saudável para os usuários hipertensos durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, organização das práticas coletivas sobre alimentação saudável, capacitação da equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde. Manter essas ações é bom para a população, mais é necessário lograr junto

ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas e fornecer a qualidade da atividade, ainda não deu certo.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

A evolução desse indicador foi boa, visto que no 1º mês o percentual foi de 100%, perfazendo 27 diabéticos, no 2º mês foi 100%, correspondendo a 50 diabéticos, no 3º mês atingiu-se 100%, perfazendo 91 diabéticos e no mês 4 um 100% para um total de 188 . As ações que mais auxiliaram foram: orientação nutricional sobre alimentação saudável para os usuários diabéticos durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, organização de práticas coletivas sobre alimentação saudável, capacitação da equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde. Manter essas ações é bom para a população, mais é necessário lograr junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas e fornecer a qualidade da atividade, ainda não deu certo.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos cadastrados.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

O indicador se comportou assim: no 1º mês o percentual de 100%, perfazendo 49 hipertensos, no 2º mês foi de 100%, correspondendo a 93 hipertensos, no 3º mês atingiu-se 100 %, perfazendo 169 hipertensos e no mês 4 um 100% para um total de 309 hipertensos . As ações mais auxiliadoras na orientação sobre prática regular de atividade física nos hipertensos foram: orientação em relação à prática regular de atividade física para os usuários hipertensos durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, organização de práticas coletivas para orientação de atividade física, capacitação a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde. Nós não logramos junto ao gestor parcerias institucionais

para envolver educadores físicos na atividade, eu acho o que é importante para manter essa ação com qualidade e fique na rotina do serviço.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos cadastrados.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

O indicador se comportou assim: no 1º mês o percentual de 100%, perfazendo 27 diabéticos, no 2º mês foi de 100%, correspondendo à 50 diabéticos, no 3º mês atingiu-se 100%, perfazendo 91 diabéticos e no 4º mês um 100 % para um total de 188 diabéticos . As ações mais auxiliadoras na orientação sobre prática regular de atividade física nos diabéticos foram: orientação em relação à prática regular de atividade física para os usuários diabéticos durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, organização de práticas coletivas para orientação de atividade física, capacitação a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde. Nós não logramos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos na atividade, eu acho o que é importante para manter essa ação com qualidade e fique na rotina do serviço.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos cadastrados.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Durante a análise deste indicador temos no 1º mês o percentual de 100%, perfazendo 49 hipertensos, no 2º mês foi de 100%, correspondendo a 93 hipertensos, no 3º mês atingiu-se %, perfazendo 169 hipertensos e no 4º mês um 100% para um total de 309 hipertensos. No transcurso da intervenção foram desenvolvidas ações para ajudar ao indicador como: orientação sobre os riscos do tabagismo e a existência de tratamento para abandonar o mal hábito, para os usuários hipertensos, durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, capacitação da equipe para o tratamento de usuários tabagistas

E um logro manter todas as ações na rotina da unidade, mas devemos incrementar a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao

tabagismo" conjuntamente com o gestor, assim a população fica com mais oportunidades para a escolha de opções.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos cadastrados.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Na evolução deste indicador temos no 1º mês o percentual de 100%, perfazendo 26 diabéticos, no 2º mês foi de 100%, correspondendo à 49 diabéticos, no 3º mês atingiu-se 100%, perfazendo 90 hipertensos e no quarto mês 100% para um total de 188 diabéticos(Figura 17). No transcurso da intervenção foram desenvolvidas ações para ajudar ao indicador como: orientação sobre os riscos do tabagismo e a existência de tratamento para abandonar o mau hábito, para os usuários diabéticos, durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, capacitação da equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

E um começo manter todas as ações na rotina da unidade, mas devemos incrementar a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" conjuntamente com o gestor, assim a população fica com mais oportunidades para a escolha de medicamentos.

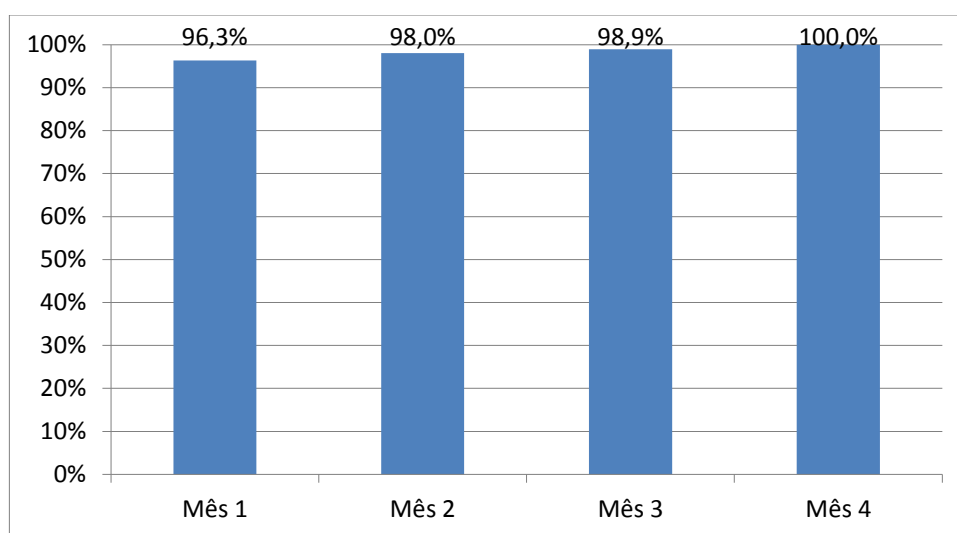


Figura 17: Proporção de Diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo na ESF Frutilandia II, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

A evolução desse indicador foi: no 1º mês o percentual foi de 100%, perfazendo 49 hipertensos, no 2º mês foi de 100%, correspondendo a 93 hipertensos, no 3º mês atingiu-se 100%, perfazendo 169 hipertensos e no mês 4 em 100% para um total de 309 hipertensos. As ações que mais auxiliaram foram: orientação sobre higiene bucal dos usuários hipertensos durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, capacitação da equipe para oferecer orientações de higiene bucal e metodologias de educação em saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos cadastrados.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

A evolução desse indicador foi: no 1º mês o percentual foi 100%, perfazendo 27 diabéticos, no 2º mês foi de 100%, correspondendo a 50 diabéticos, no 3º mês atingiu-se 100%, perfazendo 91 diabéticos e no quarto mês um 100% para um total de 188 diabéticos. As ações que mais auxiliaram foram: orientação sobre higiene bucal dos usuários diabéticos durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, capacitação da equipe para oferecer orientações de higiene bucal e metodologias de educação em saúde.

Para finalizar a síntese dos resultados, posso argumentar que durante os 04 meses de intervenção nossa equipe de saúde cadastrou um total de 309 hipertensos e 188 diabéticos, deu cumprimento às melhorias das metas que seguiram conforme previsto ao início da intervenção e só poucas metas não atingiram aos seus indicadores por motivos que envolvem a responsabilidade de outros serviços ou de trabalho antigo. Alego estar totalmente satisfeita com os resultados finais e estendo minha mais sincera vontade de continuar no projeto em seguimento e ser cada dia melhor, assim como incorporar a outros programas paulatinamente.

4.2 Discussão

A intervenção na ESF Frutilândia II propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros, a qualificação da atenção destes usuários com destaque para a ampliação dos exames clínicos e para à avaliação do risco de ambos os grupos.

Posso destacar que alcançamos 100% das demais metas traçadas, com exceção da proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, que ficou em 83% para os usuários diabéticos e um 78,6% dos hipertensos. Isto se deve ao fato de que ainda temos muitos problemas com relação à demora em recebermos os resultados dos exames complementares, uma vez que desde a entrada no sistema até ser feitos o exame demora um período longo. Outro indicador que não chegamos a 100% foi a proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular que ficou em um 92% para usuários diabéticos e 94,2% para os hipertensos.

Aqui cabe dizer que o município atravessa uma situação crítica com o abastecimento de medicamentos especificamente para estas doenças, e uma parte dos cidadãos adquire remédios com recursos próprios. Com relação à coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção, fechamento da planilha de coleta de dados e cálculo dos indicadores eu não apresentei dificuldades, em que todo marchou corretamente. Quanto à proporção de hipertensos e diabéticos com o exame clínico de acordo ao protocolo ficou num 90% dos hipertensos e 84,6% dos diabéticos. Os que não foram feitos durante minhas férias e logo, por pouco tempo, não foi possível recuperar esses usuários.

Antes do início da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas na médica e na enfermeira somente; a intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao Programa de Atenção aos usuários com hipertensão arterial e diabete. Esta atividade promoveu o trabalho integrado de todos os membros da equipe, destacando-se a enfermeira, os agentes de saúde, a equipe odontológica e eu, como médica da Unidade, ademais do pessoal da recepção, dito trabalho baseado em ações de saúde direcionadas à melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos em nossa área de abrangência.

Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, que felizmente ajudaram ao desenvolvimento com qualidade da atenção. A intervenção propiciou as atribuições de cada membro da equipe garantindo a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos permitiu um melhor agendamento das demais ações programáticas, mesmo assim a demanda espontânea que era muito elevada. Uma vez realizada a classificação de risco de nossa população alvo foi priorizado o atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos.

A comunidade ainda não consegue perceber o impacto da intervenção como desejamos, mas como a mesma fica integrada na rotina diária da unidade, a população irá percebendo as mudanças que vão aparecendo. Uma parte da população tem conhecimentos sobre a existência do Programa de Atenção ao hipertenso e diabético e a importância deste programa, os usuários atendidos durante a intervenção e seus familiares estão muito satisfeitos com o acolhimento e atendimento realizado pelos membros da equipe e a prioridade nos atendimentos e realização de exames, eles tem conhecimento dos objetivos da intervenção e aceitou a prioridade dada a esta população alvo.

Se eu fosse realizar a intervenção em outro momento, faria uma análise situacional mais detalhada do estado de saúde da comunidade antes de começar o projeto, pois a mesma poderia ter sido facilitada se toda a equipe contara com identificação dos principais problemas, assim com as fortalezas e debilidades para enfrentar a intervenção. Também houvesse informado à comunidade todo com respeito ao desenvolvimento da intervenção para assim discutir a melhor maneira de implementar isto. Faltou a união constante com a Secretaria de Saúde para dar solução aos problemas planteados. Ademais, se o tempo da intervenção houvesse sido maior com o objetivo de atingir todas as metas, percebo que tivéssemos condições para que as dificuldades sejam superadas para alcançar o 100% no total dos indicadores.

A intervenção já fica incorporada na rotina do serviço. Para conseguir atingir as metas propostas e que não foram atingidas pensamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes. Além de isto continuaremos monitorando todas as ações.

A partir do desenvolvimento desta intervenção pretendemos investir na ampliação da cobertura das demais ações programáticas que se desenvolvem em nossa Unidade de Saúde.

5 Relatório da intervenção para gestores

A Gestora municipal de saúde,

Realizamos uma intervenção sobre o tema Melhoria da atenção aos pacientes com hipertensão arterial e diabetes na ESF Frutilandia II, município Assú / RN de autoria da médica Yaneisy Leon Cobas a partir do curso de especialização em saúde da família UNASUS – realizado pela UFPel. A intervenção ocorreu entre os meses fevereiro e maio de 2015.

Nossa motivação nesse assunto resultou após o análise das estatísticas da equipe, consultas de atendimentos e doenças mais frequentes diagnosticadas. Constituiu um desafio para equipe diminuir o número de consultas em atraso e exames periódicos, relacionado com a inadequado acompanhamento dos usuários, e também com a melhoria no trabalho na UBS em relação ao engajamento público da população portadora dessas doenças crônicas. Foram acompanhados 309 usuários hipertensos - 54,4% e 188 diabéticos, ou seja, 100%. Valores significativos para a conclusão de nosso trabalho em relação à cobertura.

Dentre dos aspectos do processo de trabalho que foram melhorados que mostram a qualificação da atenção à saúde e melhorar a qualidade da atenção à HAS estão o rastreamento da HAS em indivíduos com mais de 18 anos, pelo menos, uma vez ao ano, organização dos registros de controle dos usuários hipertensos, desenvolvimento de atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade, divulgação da necessidade das consultas de controle periódico, sensibilizar para o tratamento não farmacológico (controle de peso, adoção de hábitos alimentares saudáveis, prática de atividade física regular,

abandono do tabagismo e redução do consumo de bebidas alcoólicas), avaliação do risco cardiovascular nos hipertensos, agendamento de consultas.

Ao avaliar o DM, entre as ações que qualificaram o cuidado e que contribuírem para ampliar a cobertura, destacam-se as relacionadas à informação a comunidade sobre como prevenir a doença e promover estilos de vida saudáveis (prática de atividade física regular, alimentação saudável), identificação de grupos de risco (sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis), realização do diagnóstico precoce e a abordagem terapêutica nos indivíduos de alto risco para diabetes, garantir e monitorar o controle da glicemia, avaliação do risco cardiovascular na prevenção das complicações vasculares, desenvolvimento do autocuidado dos usuários e suas famílias, sensibilizar os mesmos e a família sobre as sinais e sintomas da hipoglicemia e a necessidade de detecção e tratamento precoce, realizar rastreamento de DM em adultos assintomáticos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, organização dos registros de controle dos diabéticos, exame e estímulo ao autocuidado dos pés, promover a educação permanente sobre diabetes na equipe de saúde.

Obtivemos resultados muito favoráveis tanto para a comunidade como para a unidade de saúde e a equipe em geral, que ganhou em união de seus integrantes, em organização e distribuição do trabalho, além do conhecimento adquirido por todos sobre o manejo adequado dessas patologias.

Dentre dos aspectos dependentes da gestão que foram importantes para viabilizar e/ou melhorar a intervenção realizada encontram-se o apoio logístico dos recursos materiais utilizados (fichas espelho, esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, glicómetro), a equipe da as graças por o apoio oferecido.

Ao concluir a intervenção a comunidade ficou satisfeita, referindo ter gostado muito do trabalho, pois o mesmo permitiu uma melhor atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, e a comunidade aumentou seus conhecimentos nestes temas.

Os aspectos da gestão que, se melhorados, poderiam ajudar a qualificar ainda mais o serviço e viabilizariam a qualidade da atenção estão incorporar um odontologista a tempo completo para a equipe melhorando a cobertura para avaliação e cuidado da saúde bucal, abordagem terapêutico multiprofissional: nutricionista e educador físico. Maior disponibilidade de ofertas para a luta contra o

tabagismo nas farmácias populares e aumentar a variabilidade de medicamentos nas farmácias da Unidade Básica de saúde.

Atenciosamente,
Yaneisy Leon Cobas

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Comunidade,

O relatório a seguir é uma apresentação de como foi implementado o Projeto de Intervenção após um estudo detalhado de nossa UBS Frutilandia II , Assu /RN através do curso de especialização em saúde da família UNASUS realizado pela UFPel com modalidade Educação à distância (Ead) de minha autoria. A intervenção ocorreu entre os meses fevereiro e maio de 2015 sobre o tema Melhoria da atenção aos pacientes com hipertensão arterial e diabetes.

Nossa motivação nesse assunto resultou após o análise das estatísticas da equipe, consultas de atendimentos e doenças mais frequentes diagnosticadas. Onde o número de usuários hipertensos e diabéticos foram muito baixos respeito a estimativa para a população. Com o objetivo de melhorar os problemas encontrados foram planejadas e desenvolvidas ações de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público, e qualificação da prática clínica.

Acreditamos que as ações desenvolvidas permitiram à comunidade conhecer sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS, a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, uma vez ao ano, e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão e o diabetes assim como dos agravos cardiovasculares ligadas a ditas doenças. Outras das vantagens da intervenção para a comunidade foram à realização do exame clínico apropriado dos hipertensos e diabéticos, conhecer quanto à necessidade de realização e a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares, sobre o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, orientação sobre a importância da manutenção da saúde bucal nos hipertensos e diabéticos, sobre a

realização das consultas e a periodicidade preconizada no programa de Hiperdia, orientação nutricional sobre alimentação saudável, em relação à prática regular de atividade física, sobre riscos do tabagismo, e sobre higiene bucal.

Solicitamos a continuidade e fortalecimento da participação de vocês no acompanhamento da UBS tanto nos atendimentos clínicos, quanto nos grupos e nas reuniões que realizamos para dialogarmos sobre nosso serviço.

Atenciosamente,

Yaneisy Leon Cobas

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O desenvolvimento do trabalho no curso mudou minhas expectativas iniciais, pois graças ao projeto realizado tive um maior crescimento da minha aprendizagem, em diferentes pontos da minha vida profissional, no início fiquei cheia de dúvidas em relação a meu desenvolvimento no curso, devido entre outras coisas as barreiras do idioma. No decorrer do tempo isso foi mudando. Ao começar a participar nos fóruns e intercambiar idéias com os colegas e orientadores, realizar as tarefas, estudar os materiais de orientação enviados pela universidade e interagir com minha orientadora consegui um melhor desenvolvimento e aprendizagem. Meus conhecimentos sobre a medicina do Brasil melhoraram o que favoreceu meu crescimento como profissional. Também consegui melhorar as relações com minha equipe, pois tive a oportunidade de levar o curso à rotina do trabalho, de compartilhar os conhecimentos adquiridos com todos, assim como a possibilidade de desenvolver um trabalho em conjunto que obteve resultados muito bons.

O significado do curso para minha prática profissional foi ótimo já que através do curso de Especialização em Saúde da Família tive a oportunidade de investigar e estudar muitos temas em saúde, e levar a minha prática profissional, com intervenção no serviço para melhorar a atenção à saúde no Brasil, pois muitos protocolos de tratamento são diferentes ao nosso. Foi muito importante conhecer e desenvolver os princípios e diretrizes do SUS e as atribuições de cada membro da equipe, o que favoreceu mudanças no processo de trabalho, com maior vínculo entre usuários e profissionais.

Para min o aprendizado mais relevante decorrentes do curso está o Engajamento Público na consolidação do SUS, conhecimento fundamental devido às ações que fortalecem o Controle Social como a apropriação pela população da política de saúde pública em termos de participação nas escolhas e decisões, o

controle do planejamento e execução das ações de saúde, e a responsabilização pela própria saúde individual e também pela saúde coletiva em seu sentido mais amplo. Outro importante assunto aprendido foi o acolhimento, muito importante para a atenção dos usuários, todo o trabalhador da unidade deve ficar aberto para perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando agenciar os tipos de recursos e tecnologias que ajudem a: aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, construir a autonomia, melhorar as condições de vida e outras situações onde podemos planejar ações e organização do processo de trabalho. Graças a este projeto conheci os protocolos disponibilizados pelo MS relativos à atenção das ações programáticas mais comuns, facilitando a sistematização dos conhecimentos e levar um caminho organizado em conjunto com todos os membros da equipe.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 159 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>>. Acesso em: dezembro de 2014.

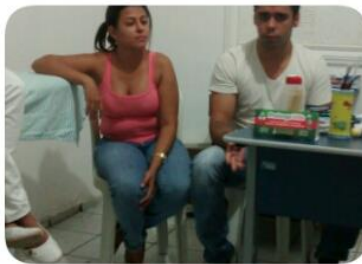
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, 2010; 95 (supl.1): p. 1-51. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em: dezembro de 2014.

Apêndices

Apêndice A – Registros de imagens da intervenção









Anexos



Anexo A – Ficha espelho

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Precisa de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador _____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não
 Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

[illegible][illegible][illegible]

Anexo B – Planilha de coleta de dados

Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1								
	2								

O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

Anexo C – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a

Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel



Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecido para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
_____, Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Anexo E – Imagem da ficha de atendimento odontológico da Prefeitura de Assú

[illegible][illegible]